

PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Bas-Saint-Laurent

2018-2021

Adopté le 23 octobre 2018
Département régional de médecine générale

Adopté le 31 octobre 2018
Conseil d'administration
Centre intégré de santé et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Version 1.0

Table des matières

SIGLES ET ACRONYMES.....	iii
INTRODUCTION	1
Mot du chef du DRMG et du directeur des services professionnels.....	1
Assises légales.....	2
L'organisation des services médicaux généraux dans le Bas-Saint-Laurent.....	2
Axe 1 - Consolider la gouverne en première ligne	4
Axe 2 - Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé	5
Axe 3 - Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille	6
Axe 4 - Favoriser la collaboration interdisciplinaire	6
Axe 5 - Mesurer l'atteinte des cibles organisationnelles.....	7
Caractéristiques régionales	8
Les effectifs médicaux – PREM	8
Population desservie	8
L'accessibilité.....	8
Détermination du besoin en effectifs et les priorités de recrutement	9
PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES.....	11
RLS DE KAMOURASKA.....	12
RLS DE RIVIÈRE-DU-LOUP.....	20
RLS DU TÉMISCOUATA.....	27
RLS LES BASQUES.....	33
RLS DE RIMOUSKI-NEIGETTE	39
RLS DE LA MITIS	46
RLS DE LA MATAPÉDIA.....	52
RLS DE LA MATANIE	58
OBJECTIFS POURSUIVIS DANS CHAQUE RLS.....	65
RLS DE KAMOURASKA.....	66
RLS DE RIVIÈRE-DU-LOUP.....	74
RLS DU TÉMISCOUATA	81
RLS LES BASQUES.....	91
RLS DE RIMOUSKI	101

RLS LA MITIS.....	113
RLS LA MATAPÉDIA	124
RLS LA MATANIE.....	136
SUIVI ET ÉVALUATION	146
Cibles intermédiaires et indicateurs de performance	146
CONCLUSION.....	147
ANNEXES	148
ANNEXE 1 - Organisation des services de première ligne.....	149
ANNEXE 2 – Priorité d’actions 2017-2018 du comité consultatif.....	150
ANNEXE 3 – Procédure « Vidons les guichets	150
ANNEXE 4 – Guide pour remplir le tableau de compilation des besoins régionaux	150
ANNEXE 5 – Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille.....	150
ANNEXE 6 – Évolution du taux d’assiduité par GMF	150
ANNEXE 7 – Évolution des effectifs médicaux	150
ANNEXE 8 – Indice de prise en charge.....	150
ANNEXE 9 – Modèle d’outil de soutien	150
ANNEXE 10 – Évolution du nombre de personnes sur le GAMF.....	150
ANNEXE 11 – AMP disponibles.....	150

SIGLES ET ACRONYMES

AA	<i>Accès adapté</i>
AACQ	<i>Agente d'amélioration continue de la qualité</i>
AMP	<i>Activités médicales particulières</i>
CC-DRMG	<i>Conseil consultatif du DRMG</i>
CD	<i>Comité de direction</i>
CH	<i>Centre hospitalier</i>
CHSGS	<i>Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés</i>
CHSLD	<i>Centre d'hébergement et de soins de longue durée</i>
CISSS	<i>Centre intégré de santé et de services sociaux</i>
CIUSSS	<i>Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux</i>
CLSC	<i>Centre local de services communautaires</i>
CMDP	<i>Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens</i>
CML	<i>Coordonnateur médical local</i>
CoMPAS	<i>Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services</i>
CRDS	<i>Centre de répartition des demandes de service</i>
CRSP	<i>Comité régional sur les services pharmaceutiques</i>
DMÉ	<i>Dossier médical électronique</i>
DRMG	<i>Département régional de médecine générale</i>
DQEPE	<i>Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique clinique</i>
DSP	<i>Direction des services professionnels – Directeur des services professionnels</i>
DSPa	<i>Directeur des services professionnels adjoint</i>
DSPu	<i>Direction de la santé publique</i>
ELI	<i>Externat longitudinal intégré</i>
ETC	<i>Équivalent temps complet</i>
ETP	<i>Équivalent temps plein</i>
FMOQ	<i>Fédération des médecins omnipraticiens du Québec</i>
GAMF	<i>Guichet d'accès à un médecin de famille</i>
GMF	<i>Groupe de médecine de famille</i>
GMF-R	<i>Groupe de médecine de famille réseau</i>
GMF-U	<i>Groupe de médecine de famille universitaire</i>
IMC	<i>Indice de masse corporelle</i>
INESSS	<i>Institut national d'excellence en santé et en services sociaux</i>
IPSPL	<i>Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne</i>

ISQ	<i>Institut de la statistique du Québec</i>
ITSS	<i>Infection transmise sexuellement ou par le sang</i>
L.E.	<i>Lettre d'entente</i>
LSSSS	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>
MCAS	<i>Maladie cardiaque artériosclérotique</i>
MPOC	<i>Maladie pulmonaire obstructive chronique</i>
MRC	<i>Municipalité régionale de comté</i>
MSSS	<i>Ministère de la Santé et des Services sociaux</i>
MU-3	<i>Résidence en médecine d'urgence</i>
OC	<i>Ordonnance collective</i>
ORL	<i>Oto-rhino-laryngologiste</i>
PA	<i>Plan d'action</i>
PEM	<i>Plan des effectifs médicaux</i>
PREM	<i>Plans régionaux des effectifs médicaux</i>
PROS	<i>Plan régional d'organisation des services médicaux généraux</i>
RAC	<i>Résidence à assistance continue</i>
RI-RTF	<i>Ressources intermédiaires et de type familial</i>
RLS	<i>Réseau local de services</i>
RV	<i>Rendez-vous</i>
SAD	<i>Soutien ou soins à domicile</i>
SAPA	<i>Soutien aux personnes âgées</i>
SARROS	<i>Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et spécialistes</i>
SERG	<i>Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique</i>
SIAD	<i>Services intensifs à domicile</i>
SRV	<i>Sans rendez-vous</i>
TDM	<i>Tomodensitométrie</i>
TL	<i>Table locale</i>
TS	<i>Travailleur social</i>
UCDG	<i>Unité de courte durée gériatrique</i>
URFI	<i>Unité de réadaptation fonctionnelle intensive</i>

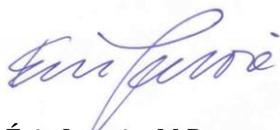
INTRODUCTION

Mot du chef du DRMG et du directeur des services professionnels

Les orientations relatives à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des soins de santé et des services sociaux sont des priorités ministérielles clairement établies. Ce sont des objectifs que nous visons tous les jours en tant que médecins. Au Bas-Saint-Laurent, le Département régional de médecine générale (DRMG), de concertation avec le directeur des services professionnels (DSP), a voulu traduire ces volontés en actions concrètes. Avec la participation de toutes les tables locales des réseaux locaux de services (RLS), un plan d'organisation des services médicaux généraux (PROS) est produit pour répondre de façon cohérente à ces orientations et est issu d'un plan d'action (PA) partagé avec les acteurs du réseau depuis 2016. Il vise la collaboration de tous les professionnels œuvrant en première ligne.

Notre PROS tient compte de la spécificité du Bas-Saint-Laurent et de la pénurie de médecins qui prévaut actuellement dans certains territoires. Notre plan aborde l'organisation des services de première ligne en santé physique, mais nous demeurons préoccupés par la charge de travail imposée par la deuxième ligne sur nos équipes médicales. Nous voulons assurer la dispensation et l'accessibilité des services sur tout le territoire, surtout dans les petits centres où la couverture de l'urgence, de l'hospitalisation, de l'obstétrique et d'autres services de proximité dépend des médecins de famille. Nous continuerons de faire des représentations en ce sens auprès des instances ministérielles et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) afin de nous assurer de pouvoir continuer à dispenser les services médicaux généraux dans ces plus petits centres bien qu'ils soient souvent considérés comme des services de deuxième ligne.

Nous croyons en la volonté des intervenants pour améliorer les services rendus à la population et nous tenons à souligner l'engagement des RLS à s'impliquer dans l'actualisation du PROS. C'est pourquoi nous sommes fiers aujourd'hui de vous présenter le résultat de notre réflexion. Nous espérons que les intervenants répondront favorablement aux sollicitations qui leur seront soumises à la suite de la diffusion de cette ligne de pensée. Son application dépend de la participation de tous les acteurs concernés. Grâce à nos efforts soutenus et à une collaboration développée, nous pourrions parvenir à concrétiser les étapes de ce plan et à améliorer les soins et les services de santé dans la région du Bas-Saint-Laurent.



Éric Lavoie, M.D.
Chef du comité de direction du
Département régional de médecine générale



Jean-Christophe Carvalho, M.D.
Directeur des services professionnels

Assises légales

En vertu de l'article 417.2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), il est de la responsabilité du département régional de médecine générale (DRMG), sous l'autorité du président-directeur général du ou des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)¹ de son territoire de :

« définir et proposer le plan régional d'organisation des services médicaux généraux lequel doit préciser, par territoire de réseau local de services (RLS) de santé et de services sociaux, les services dispensés à partir d'un cabinet privé, d'un centre local de services communautaires (CLSC) ou d'une clinique externe d'un centre hospitalier exploité par un établissement, la nature des services existants et attendus en matière d'accessibilité et de prise en charge des diverses clientèles et assurer la mise en place et l'application de la décision [du CISSS ou du CIUSSS] relative à ce plan ».

L'organisation des services médicaux généraux dans le Bas-Saint-Laurent

Depuis plusieurs années, la région du Bas-Saint-Laurent a été avant-gardiste et a priorisé et soutenu l'organisation des services de première ligne en santé physique. Malgré la transformation du réseau des dernières années, le CISSS du Bas-Saint-Laurent a maintenu ses liens privilégiés avec le DRMG afin de poursuivre les travaux amorcés et maintenir la mobilisation des médecins de première ligne.

Le modèle actuel de gouvernance médico-administrative en médecine de famille comprend celui inscrit dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), bonifié du modèle de gouvernance proposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui inclut la présidente-directrice générale, le comité de direction (CD) du DRMG, un conseil consultatif du DRMG (CC-DRMG) ainsi que les coordonnateurs médicaux locaux (CML) et les tables locales (TL) (annexe 1).

Les tables locales sont présentes dans tous les réseaux locaux de services (RLS) et permettent d'améliorer la mobilisation des médecins de première ligne en lien avec les enjeux de l'accès. La gestion médico-administrative des tables est en période de consolidation pour certains RLS, mais en général cela se passe bien.

Le DRMG, étant responsable de l'organisation et de la coordination des services médicaux de première ligne, a choisi de favoriser le réseautage pour fixer ensemble des objectifs régionaux, en impliquant le CC-DRMG. La détermination des objectifs se fait avec un souci d'arrimage avec les orientations ministérielles et les priorités d'action de la direction des services professionnels.

L'atteinte de la cible des plans d'effectifs locaux et régionaux demeure un facteur majeur pour mettre en œuvre le plan d'organisation. Il s'agit d'une contrainte plus ou moins prépondérante, selon les RLS. À des fins de planification, l'accès aux services sera donc considéré selon l'hypothèse idéale d'un plan régional d'effectif médical (PREM) complet, sans nier la réalité des pénuries d'effectifs.

Pour faciliter l'atteinte des objectifs régionaux, cinq axes d'intervention ont été retenus. L'atteinte de ces objectifs régionaux dépend d'un travail de collaboration entre la direction du CISSS, la DSP, le DRMG et les médecins des RLS (CML, les chefferies, les médecins de famille, etc.) ainsi que les acteurs qui collaborent avec les équipes médicales (annexe 2).

¹ En vertu de l'article 4 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ, chapitre O-7.2), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont des CISSS.

Voici les 5 axes d'intervention retenus ainsi que les objectifs régionaux en cours :

Axe 1 - Consolider la gouverne en première ligne.

Axe 2 - Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Axe 3 - Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Axe 4 - Favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Axe 5 - Mesurer l'atteinte des cibles organisationnelles et cliniques.

À noter que pour l'exercice de mise à jour du PROS en cours, les RLS ont été invités à fixer des actions locales pour chacun des objectifs régionaux, plus précisément pour les axes 2, 3 et 4, ainsi qu'à déterminer des objectifs spécifiques pour des besoins locaux particuliers.

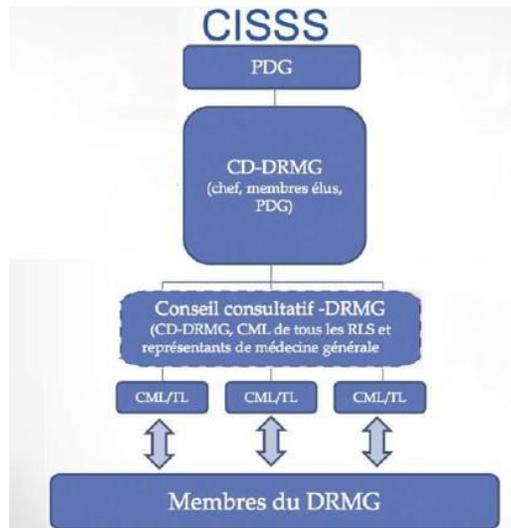
Nous vous présentons les interventions régionales de la gouverne que nous communiquons, via les tables locales, aux médecins des RLS.

Axe 1 - Consolider la gouverne en première ligne

Moyens

Assurer la mise en œuvre du modèle de gouvernance médicale et médico-administrative en médecine de famille pour le Bas-Saint-Laurent :

- Maintenir le modèle de gouvernance proposé par le MSSS qui inclus la présidente-directrice générale, le CD-DRMG, un conseil consultatif du DRMG, les CML et les tables locales.



Poursuivre les travaux du nouveau comité consultatif DRMG :

- Maintenir les rencontres de cette instance;
- Impliquer cette instance à la détermination et la mise en œuvre des priorités d'actions.

Soutenir les CML dans l'exécution de leur rôle :

- Déterminer, en collaboration avec le CD-DRMG, les priorités d'action des coordonnateurs en lien avec leur rôle;
- Faciliter l'arrimage entre la première, la deuxième et la troisième ligne.

Maintenir les tables locales afin d'améliorer la mobilisation des médecins de première ligne en lien avec les enjeux de l'accès :

- Maintenir une table locale dans chaque RLS;
- Soutenir une culture de gestion médico-administrative à chaque niveau.

Axe 2 - Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé

Moyens

Rendre performants les guichets d'accès pour la clientèle orpheline :

- Revoir le fonctionnement et l'attribution des ressources;
- Soutenir le déploiement du Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);
- Suivre les cibles de l'entente MSSS-FMOQ.

Assurer aux personnes inscrites sur le GAMF un accès minimum aux tests de dépistage et des services en maladies chroniques, en santé mentale ou en soutien communautaire :

- Développer des trajectoires de référence en maladies chroniques, en santé mentale ou en soutien communautaire encadrées par des ententes formelles de services.

Assurer une prise en charge des patients devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin :

- Soutenir l'application de la procédure « Vidons les guichets » (annexe 3);
- Diffuser la procédure et soutenir les CML et les responsables des GMF pour sa mise en œuvre;
- Soutenir l'application des Lettres d'entente n° 304 et n° 321 ainsi que des lettres d'ententes afférentes à la prise en charge de la clientèle.

Octroyer les PREM selon l'entente MSSS-FMOQ et soutenir l'application du *Guide de gestion des plans d'effectifs médicaux* :

- Dresser et maintenir à jour une cartographie quantitative des activités des effectifs médicaux pour chaque RLS;
- Dresser la liste des besoins prioritaires de recrutement par RLS en cohérence à cette cartographie et assurer sa mise à jour régulière;
- Distribuer des PREM selon des besoins prioritaires de recrutement et faire des demandes de reconnaissance de nouveaux besoins selon les changements d'effectifs.

Soutenir le déploiement de l'accueil clinique :

- Déploiement de l'accueil clinique pour les huit RLS.

Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés notamment par l'arrivée des centres de répartition des demandes de service (CRDS) :

- Établir des corridors de services afin d'avoir accès aux services spécialisés et aux plateaux techniques pour soutenir la première ligne;
- Améliorer la circulation bidirectionnelle de l'information;
- Renforcer le rôle des infirmières de liaison, des pivots et des gestionnaires de cas pour certaines clientèles vulnérables;
- Soutenir l'arrimage du déploiement des formulaires harmonisés par spécialité;
- Soutenir l'implantation d'un guichet d'accès unique aux services spécialisés pour les références non incluses dans celles traitées par le CRDS;
- Assurer la dispensation et l'accessibilité des services sur tout le territoire incluant les champs cliniques considérés en deuxième ligne desservis par la médecine familiale, soit l'urgence, l'hospitalisation, l'obstétrique, l'oncologie, etc.;

- Faire des représentations auprès du MSSS et de la FMOQ afin de s'assurer de pouvoir continuer à dispenser les services médicaux généraux et de deuxième ligne dans les installations du territoire où il est pertinent de le faire;
- Mettre en place des politiques, des procédures et des règlements, en lien avec l'arrivée des nouvelles lois et des nouveaux règlements ministériels, qui assurent cette prestation de services;
- Régionaliser les politiques et les procédures sur tout le territoire en ce qui concerne la gestion et la dispensation des soins de première ligne.

Axe 3 - Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille

Moyens

Promouvoir et soutenir le déploiement de l'*Accès adapté (AA)* :

- Offrir un service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation;
- Soutenir les nouveaux facturants à l'*Accès adapté*.

Réduire les consultations P4 et P5 à l'urgence :

- Soutenir le déploiement de la procédure de réorientation des P5 avec des corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou les cliniques médicales privées;
- Prioriser les RLS qui ont des GMF avec des taux d'assiduité inférieurs aux cibles recommandées.

Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable :

- Assurer l'accès à une garde à domicile ainsi que pour les soins palliatifs tant médicaux qu'en soins infirmiers;
- Diminuer les consultations à l'urgence;
- Soutenir le déploiement du programme de soins de fin de vie.

Axe 4 - Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Moyens

Assurer la mise en œuvre du nouveau *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF* :

- Soutenir et faciliter l'intégration de ressources professionnelles supplémentaires du CISSS aux GMF (travailleur social (TS), pharmaciens et autres professionnels);
- Soutenir la création de nouveaux GMF;
- Promouvoir le déploiement du dossier médical électronique (DMÉ) régional;
- Maximiser l'utilisation du DMÉ afin d'intégrer les professionnels;
 - Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive avec les projets collectifs pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services (CoMPAS), REFLET et les indicateurs en maladies chroniques (Cube).

Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens, les infirmières et les autres professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne :

- Favoriser l'utilisation des ordonnances collective (OC);
- Faciliter la collaboration entre les conseillères cliniques en soins infirmiers en première ligne et les GMF;
- Assurer l'utilisation du cadre de gestion pour l'accueil des nouvelles infirmières et pour leur évaluation;
- Donner accès au DMÉ aux professionnels en maladies chroniques travaillant en première ligne et les autres ressources intégrées au GMF.

Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les pharmaciens pour favoriser la gestion du temps et optimiser les soins aux usagers :

- Augmenter la collaboration entre le DRMG et le CRSP afin de faciliter les réflexions sur les enjeux communs;
- Organiser des rencontres entre les instances médicales de première ligne (tables locales, pharmaciens communautaires, membres du CRSP, etc.);
- Élaborer un plan d'action pour améliorer la collaboration médecins-pharmaciens dans chaque RLS.

Favoriser l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL) :

- Confirmer les critères de répartition territoriale des IPSPL par le DRMG;
- Promouvoir le recrutement auprès des médecins partenaires;
- Soutenir la dotation des postes financés.

Axe 5 - Mesurer l'atteinte des cibles organisationnelles

Moyens

Développer une pratique qui tient compte des données probantes disponibles et des pratiques exemplaires avec le soutien de l'Agente d'amélioration continue de la qualité (AACQ):

- Identifier les indicateurs permettant de déterminer l'atteinte des cibles;
- Développer une culture qui amène tous les acteurs impliqués à faire preuve d'une approche systémique et réflexive pour repérer des opportunités d'amélioration;
- Désigner un responsable de l'évaluation et de la rétroaction annuelles;
- Faire des rétroactions, lorsque nécessaire, auprès des RLS et du DRMG;
- Faire un suivi des indicateurs selon un délai approprié.

Caractéristiques régionales

Les effectifs médicaux – PREM

Selon les analyses du MSSS et de la FMOQ, le besoin en 2019 de la région en équivalent temps plein (ETP) est de 287 médecins. Dans les faits, seulement 261 médecins ETP pratiquaient dans la région à la fin de l'année 2017. Au mois de septembre 2018, il y a 257 médecins installés au Bas-Saint-Laurent. Cependant, selon les départs et les arrivées (confirmés et les PREM 2018 et 2019 à octroyer), d'ici juin 2019, il y aura 278 médecins installés au 30 juin 2019.

Population desservie

En 2018, la région comptait 200 884 habitants, répartis dans huit municipalités régionales de comté (MRC), correspondant aux huit RLS existants. Cette population, répartie sur un territoire de 22 185 km² (densité de 9 habitants/km²), comprend 114 municipalités ainsi que 14 territoires non organisés et deux réserves indiennes.

La progression du vieillissement de la population est plus marquée pour la région que pour l'ensemble du Québec. En 2016, des 17 régions administratives du Québec, le Bas-Saint-Laurent présentait la deuxième proportion en importance de personnes de 65 ans et plus (24 % contre 17 % pour le Québec). Selon les projections de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), en 2035, cette proportion grimpera à 36 % (65 000 personnes) et la région se situera toujours dans le peloton de tête, au côté de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

L'accessibilité

Distribution des points de service

Il y a principalement trois lieux de pratique où œuvrent des médecins de la première ligne. Ce sont les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques médicales privées non GMF et les points de service des installations (CLSC, points de service et de chute, cliniques scolaires, cliniques externes, etc.). Vous retrouverez en annexe les informations en lien avec la répartition des consultations en GMF et hors GMF des médecins pratiquant en installation (CLSC et points de chute) ainsi que la liste des cliniques privées du territoire.

L'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé

La présence de 12 GMF au Bas-Saint-Laurent et la délocalisation des professionnels travailleurs sociaux et autres professionnels prévus au *Programme de financement et de soutien professionnel pour les GMF* favorise l'accès et le travail interdisciplinaire sur notre territoire.

Le *Programme maladies chroniques* a été révisé afin de s'ajuster à la nouvelle réalité du transfert des ressources vers les GMF. Présentement, il y a des progrès dans le développement de la culture d'évaluation par l'approche réflexive avec les projets CoMPAS, REFLET et les indicateurs maladies chroniques (Cube).

À noter qu'en date de septembre 2018, le taux d'inscription est de 89,3 % de la population bas-laurentienne auprès d'un médecin de famille soit 3 % de plus qu'à la même période l'an dernier. Nous dénombrons présentement 6 202 patients orphelins inscrits aux guichets, dont 1548 attribués et en attente de voir leur nouveau médecin pour la première fois et 4 654 en attente de se voir désigner un médecin de famille.

L'accès en temps opportun aux médecins de famille

L'accessibilité à un médecin pour une consultation sans rendez-vous (SRV) en horaires défavorables varie d'un territoire à l'autre. Avec l'implantation de GMF dans chaque RLS, l'accès en heures défavorables s'est grandement amélioré. Le *Programme GMF* prévoit des exigences en heures d'ouverture en lien avec leur classification. Cependant, l'ajout de l'exigence d'atteindre un taux d'assiduité de 80 % pour permettre le renouvellement a eu comme impact que certains GMF du Bas-Saint-Laurent offrent maintenant les sans rendez-vous à leurs clientèles inscrites seulement. En plus, nous voyons certains GMF dans l'obligation de transférer au GAMF les clientèles orphelines à la suite d'un départ, au lieu d'utiliser les lettres d'entente n° 321 ou n° 304, afin de ne pas nuire à leur taux d'assiduité.

Le MSSS annonce l'implantation imminente du système « Rendez-vous Santé Québec » qui devrait permettre à la clientèle de prendre un rendez-vous (RV) en ligne directement. Ce système sera intégré au DMÉ en place. Ce déploiement soulèvera des enjeux d'adaptation pour les cliniciens, notamment sur le fonctionnement en accès adapté.

Comme le nombre d'usagers en attente d'un médecin de famille est au-delà de 6 000 et qu'il y a toujours 11 % de la population non inscrite, il y a une partie importante de la population qui n'a pas accès aux sans rendez-vous et se voit dans l'obligation de consulter à l'urgence pour obtenir des services.

Détermination du besoin en effectifs et les priorités de recrutement

Depuis plusieurs mois, le DRMG, de concertation avec la DSP et les différentes chefferies de la première ligne, tente d'objectiver le besoin en effectifs pour les RLS ainsi que la charge de travail individuelle de ces médecins. Nous avons développé deux outils de travail, soit le tableau de la *Compilation du besoin en effectifs* et le *Tableau des effectifs*.

Le premier tableau, soit la *Compilation du besoin en effectifs*, vise la détermination du besoin estimé en effectifs médicaux totaux des RLS. Le deuxième tableau est couramment nommé *Tableau des effectifs*, comptabilise les activités de chaque médecin et détermine une moyenne locale de la charge de travail en unités ou en priorités.

En plus, nous avons développé un guide qui soutient les RLS à remplir les deux tableaux. Ces compilations, tant individuelles que collectives, se doivent d'être uniformes et justes. Le guide explique les différentes quantifications proposées pour chaque secteur d'activité. Certaines activités sont paramétrées ou normées par le MSSS cependant d'autres non. Nous vous proposons des équivalences pour les secteurs qui ne sont pas encadrés par des paramètres, par une entente particulière ou par un protocole d'accord (annexe 4).

À noter que la reconnaissance de la charge réelle de travail de certains secteurs d'activités demeure en évolution. Certaines pondérations pourraient se modifier avec les travaux impliquant la direction des effectifs médicaux du MSSS et les parties négociantes. Par exemple, la lourdeur de la disponibilité exigée par les gardes en obstétrique, en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), à l'hospitalisation, etc., pourrait voir leurs équivalences évoluer. Les représentations au comité paritaire auront avantage à se poursuivre afin d'identifier la juste valeur de ces secteurs d'activités.

PORTRAIT ET BESOINS PAR RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

RLS DE KAMOURASKA

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC représente en superficie près du dixième de celui du Bas-Saint-Laurent.
- Près de 2 citoyens sur 3 demeurent en territoire rural (65 %).
- La population de la MRC est un peu plus dispersée le long des axes routiers qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.

Type de territoire :

- Urbain : municipalités de 13 000 habitants et plus;
- Semi-urbain : municipalités de 3 000 à moins de 13 000 habitants;
- Rural : municipalités de moins de 3 000 habitants.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 5 municipalités de la MRC de Kamouraska sur 17 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- 20 % de la population de la MRC vit dans une municipalité dévitalisée.
- Tout comme le Bas-Saint-Laurent, la population du Kamouraska vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- En 2018, un peu plus d'un résident de la MRC sur quatre (27 %) a 65 ans ou plus.
- Le nombre de naissances a tendance à diminuer depuis 2010. Il y a eu 180 naissances en moyenne par année entre 2010 et 2017.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué d'environ 2 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. MSSS, Registre des événements démographiques. Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique			
Aide-mémoire pour le territoire de Kamouraska (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de Kamouraska
Traumatismes non intentionnels			
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=	=	= Situation comparable
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus			Situation plus avantageuse
Saines habitudes de vie			
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=	Situation moins avantageuse
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=	nd Donnée non disponible
Maladies chroniques			
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus			
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus		=	
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=		
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=	
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=		
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=	
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus		=	
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=	
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour	=	=	
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	=	=	
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population		=	
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la	=	=	
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=	=	
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd	
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans			
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd	
Troubles mentaux			
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus			
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour			
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=	=	
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus	=	=	
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et	=	=	
Davantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal			

Caractéristiques socioéconomiques

- La MRC de Kamouraska présente, pour la plupart des indicateurs socioéconomiques, une situation un peu plus favorable que pour le Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ (2015) entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que 6 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Institut de la statistique du Québec, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESSS), Statistiques des programmes d'assistance sociale.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Hôpital Notre-Dame-de-Fatima : centre hospitalier (CH) avec une unité d'urgence, 29 lits au permis (28 lits dressés). Il y a 3 lits de soins intensifs, un bloc opératoire et un service d'obstétrique. Les cliniques externes de consultations en spécialité sont :

- Chirurgie générale;
- Médecine interne;
- Urologie;
- Pneumologie;
- Orthopédie;
- Gynécologie;
- Cardiologie.

Les soins en oncologie disponibles pour la population du RLS sont l'administration de chimiothérapie. Il y a un laboratoire ouvert 24/7 et un service d'imagerie médicale avec échographie et tomodensitométrie (TDM).

CLSC :

CLSC Les Aboiteaux : La desserte au point de service de Saint-Pascal est problématique en raison de conditions de support logistique peu attrayantes et du départ de plusieurs médecins dans les dernières années. Cela pourrait être différent avec l'arrivée de nouveaux médecins ainsi qu'un support à la pratique mieux adapté.

CLSC de Saint-Pascal : Les services offerts sont :

- Services médicaux courants;
- Suivi de la clientèle obstétricale;
- Suivi du traitement des dépendances avec la méthadone;
- Clinique de « planning » familial.

De plus, il y a une clinique jeunesse 12-25 ans qui couvre toutes problématiques et qui effectue des dépistages Infection transmise sexuellement ou par le sang (ITSS).

CHSLD :

Centre d'hébergement de Saint-Pacôme : 47 lits dressés;

Centre d'hébergement Villa Maria : 51 lits dressés.

Installations et cliniques privées

GMF :

GMF du Kamouraska : Privé avec 4 sites avec une reconnaissance de niveau 6 (22 328 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 60 heures et plus par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 5.

Offres de services spécifiques disponibles dans les GMF :

- Services en nutrition et en inhalothérapie au site de Saint-Pascal;
- Services en travail social et en psychologie aux sites de Saint Pascal et de La Pocatière.

À noter qu'il n'y a pas de cliniques privées qui n'ont pas le statut de GMF.

Clinique de grippe (au besoin)

Clinique médicale Saint Pascal : avec rendez-vous de 6 h à 18 h en semaine et de 8 h à 16 h la fin de semaine.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières (AMP)

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil régulier d'étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon ponctuelle et parfois aussi de résidents du programme Résidence en médecine d'urgence (MU-3).
- Accueil de 2 étudiants Soutien aux régions pour le recrutement des omnipraticiens et spécialistes (SARROS) par été.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Inscription et accès aux médecins de famille : le nombre d'usagers inscrits au GAMF a diminué à la suite de l'arrivée de 4 nouveaux médecins au cours des 2 dernières années. Tous les usagers ayant un niveau de priorité A ou B ont été attribués ainsi que ceux qui étaient en attente depuis plus de 2 ans.
- Recrutement et rétention des médecins de famille : la région a eu 2 retraites et 3 départs depuis 2016. Elle attend 2 nouveaux médecins au cours de l'année 2018. Donc, avec l'arrivée de 6 nouveaux médecins depuis l'été 2016, la région a seulement un gain net d'un médecin. La cause principale des départs est habituellement liée aux carrières des conjoints lorsque ceux-ci peinent à trouver un emploi dans la région.

Accès aux services spécialisés :

- Imagerie médicale : avec le départ de 2 radiologistes du Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRG) de Rivière-du-Loup, les cliniciens craignent des périodes de découverte. Présentement, un radiologiste en préretraite offre ses services une journée par semaine. Le délai d'attente de certaines techniques dispensées en radiologie risque de s'allonger si une diminution des ressources s'avérait.
- Chirurgie : ruptures périodiques de services fréquentes au cours des dernières années. Une entente est prévue entre le MSSS et l'Association des chirurgiens pour éviter ces ruptures de services.
- Autres spécialités : La région, étant rapprochée géographiquement de Chaudière-Appalaches et éloignée de Rimouski, a un historique de partenariat avec des spécialistes provenant de la région de Chaudière-Appalaches. Présentement, le milieu dénote certains enjeux de transition en lien avec les travaux qui visent l'autonomie régionale en spécialité (ex. : le cardiologue ne vient plus, il n'y a plus d'échographie transœsophagienne, il n'y a qu'une seule consultation en orthopédie par mois et il ne se fait plus de chirurgie orthopédique à l'hôpital de La Pocatière). La population et les médecins désirent continuer de recevoir les soins des spécialistes qui desservent le Kamouraska avec satisfaction depuis plusieurs années. Ceux-ci veulent que ces spécialités (orthopédie, cardiologie, pneumologie, urologie) soient présentes à la même intensité qu'avant. De plus, la collaboration avec les spécialistes venant d'autres régions est désirée si cela s'avère profitable pour la clientèle.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 19 % des médecins ont plus de 60 ans, dont 2, qui ont plus de 70 ans (5 médecins/26 médecins en place) et 2 médecins ont plus de 30 ans de pratique.
- Pas de départ annoncé au cours de la prochaine année, mais il y a eu 2 départs depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour le secteur du CLSC (le manque de ressources cléricales et l'absence de DMÉ ne favorisent pas le recrutement).
- Manque de ressources psychosociales et de psychologues en première ligne malgré le transfert des ressources en GMF.
- Pénurie de ressources infirmières ayant l'expertise en obstétrique (ruptures de service régulières) et en soins critiques.

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Une des plus petites MRC du Bas-Saint-Laurent.
- La population vit majoritairement dans un territoire urbain (ville de Rivière-du-Loup).
- La population est moins dispersée qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent (concentration dans la Ville de Rivière-du-Loup).

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

- Beaucoup de résidences privées pour personnes âgées, ce qui attire la clientèle de la MRC vers Rivière-du-Loup.
- Une augmentation de la population sur le territoire a lieu en période estivale vu la proximité du fleuve Saint-Laurent et de nombreux lacs.

Caractéristiques de la population

- La ville de Rivière-du-Loup et les municipalités limitrophes sont en bonne santé socioéconomique.
- Plus on s'éloigne de la ville de Rivière-du-Loup, plus les municipalités sont dévitalisées au point de vue socioéconomique.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population de Rivière-du-Loup vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a peu varié.
- Le nombre de naissances a tendance à fluctuer, mais se maintient au-dessus de 300 depuis 10 ans.

Source : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.
MSSS, Registre des événements démographiques.
Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de Rivière-du-Loup (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de Rivière-du-Loup	
Traumatismes non intentionnels				
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges		=	=	Situation comparable
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus				Situation plus avantageuse
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		Situation moins avantageuse
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=	nd	Donnée non disponible
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=			
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus		=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans				
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus	=			
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour la population de 1 à 24 ans	=			
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=			
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et plus	=	=		

D'avantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal

La proportion de personnes présentant un surplus de poids (IMC < 25, chez les 18 ans et plus) est un peu plus haute que celle de la province.

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC de Rivière-du-Loup présente une situation favorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que la moitié de la population de la MRC a un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.
- Il n'y a pas vraiment de problème d'accès à des commerces alimentaires dans la MRC, mais les supermarchés sont concentrés dans la municipalité de Rivière-du-Loup.

Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

- Transport en commun très peu développé.
- Accès aux plateaux sportifs concentré principalement à Rivière-du-Loup.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Centre hospitalier régional du Grand Portage : centre hospitalier avec une unité d'urgence secondaire incluant 9 civières, 145 lits au permis (134 lits dressés). Il y a 6 lits de soins intensifs. Également, soulignons que cet hôpital est un centre secondaire en traumatologie. Il est l'hôpital de référence sous-régional pour plusieurs spécialités médicales notamment :

- Chirurgie générale
- Anesthésiologie
- Pédiatrie
- Microbiologie
- Chirurgie maxillo-faciale
- Psychiatrie
- Médecine interne
- Orthopédie
- Dermatologie
- Oto-rhino-laryngologiste (ORL)
- Anatomopathologie
- Radiologie diagnostique
- Urologie
- Gynécologie
- Obstétrique
- Ophtalmologie
- Neurologie
- Médecine nucléaire

Autres services :

- Déficience intellectuelle : suivi de la clientèle Résidence à assistance continue (RAC) et Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)
- Santé publique : grossesses à risque, suivi des risques d'infection
- Gériatrie : Unité de courte durée gériatrique (UCDG), suivi de clientèle et garde
- Déficience physique : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), suivi de clientèle et garde

Maison de soins palliatifs :

Maison Desjardins de soins palliatifs du KRTB : 6 lits

CLSC :

Services offerts tels que consultations médicales, services courants et « planning » ITSS :

- CLSC de Rivière-du-Loup (Rivières et marées)
- CLSC de L'Isle-Verte (point de service)
- CLSC de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs (point de service)
- CLSC de Saint-Cyprien (point de service)
- CLSC de Saint-Épiphanie (point de service)

CHSLD :

- Centre d'hébergement de Rivière-du-Loup : 75 lits dressés
- Centre d'hébergement de Chauffailles : 72 lits dressés

GMF :**GMF du Grand-Portage :**

Mixte avec 6 sites avec une reconnaissance de niveau 6 (24 098 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 68 heures par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 5. Les sites sont : la Clinique médicale de Cacouna, le point de service CLSC de Saint Épiphane, la clinique médicale de Saint-Antonin, le point de service CLSC de L'Isle-Verte, le CLSC Rivières et marées et la clinique médicale Frontenac à Rivière-du-Loup.

Heures d'ouverture :

8 h à 21 h : lundi et mercredi

8 h à 20 h 30 : mardi, jeudi et vendredi

8 h à 12 h 30 : samedi et dimanche

GMF (suite)**GMF Lafontaine :**

Privé avec 1 site avec une reconnaissance de niveau 4 (15 217 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 56,5 heures par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 3.

Heures d'ouverture :

8 h 30 à 20 h 30 : lundi au jeudi

8 h 30 à 17 h : vendredi

Cliniques qui n'ont pas le statut de GMF :

- Coop santé Saint-Hubert
- Clinique Dr Gilles Savard
- Clinique Dr Yves Raymond

Clinique de grippe (au besoin) :

Centre hospitalier régional du Grand-Portage : avec rendez-vous de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h la fin de semaine.

Grands utilisateurs :

Trajectoires spécifiques existantes pour certaines catégories de grands utilisateurs :

- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Service d'évaluation et de réadaptation gériatrique (SERG)
- Continuum Alzheimer

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Le RLS précise que :

Nombre d'usagers vus après 18 h la semaine et la fin de semaine :

- GMF du Grand-Portage : 5 200 visites/32 000 visites = 16,25 %
- GMF Lafontaine : 880 visites/22 000 visites : 4 %

Total de 6 280 visites/54 000 visites \approx 11,6 %

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil régulier d'étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de Résidents (R1 et R2) du Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) de Trois-Pistoles.
- Accueil d'étudiants SARROS l'été.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Problématique d'inscription et d'accès à un médecin de famille qui risque de progresser, car certains médecins plus âgés vont prendre leur retraite.
- Problématique de recrutement/rétention de médecins de famille : reste 1 poste 2018 à octroyer.
- Problématique de délai d'attente au GAMF à la suite du départ de 3 médecins depuis janvier 2018.
- Problématique de référence ou de délai pour l'accès aux services spécialisés, en ORL, ophtalmologie, dermatologie, neurologie et urologie.
- Problématique de découverte médicale dans certains secteurs : manque un dermatologue et un neurologue au Plan des effectifs médicaux (PEM) en spécialité.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 13% des médecins ont plus de 60 ans (5 médecins/38 médecins en place) et 3 médecins ont plus de 30 ans de pratique.
- Un départ annoncé cette année et il y a eu 3 départs depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour les 3 CHSLD et pour assurer accessibilité médicale dans le haut du comté.
- Manque d'effectifs en orthophonie (pour les consultations externes).

RLS DU TÉMISCOUATA

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC est vaste, il représente près du cinquième de celui du Bas-Saint-Laurent.
- Trois citoyens sur quatre demeurent en territoire rural (75 %).
- La population est deux fois plus dispersée le long des axes routiers de la MRC qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.

Type de territoire :

- Urbain : municipalités de 13 000 habitants et plus;
- Semi-urbain : municipalités de 3 000 à moins de 13 000 habitants;
- Rural : municipalités de moins de 3 000 habitants.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 15 municipalités de la MRC du Témiscouata sur 19 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La majorité (64 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité dévitalisée.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population du Témiscouata vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- En 2018, un peu plus d'un résident de la MRC sur quatre (27 %) a 65 ans ou plus.
- Le nombre de naissances a beaucoup varié depuis 2002, mais a tendance à diminuer dans les dernières années.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'ISQ.

MSSS, Registre des événements démographiques.

Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de Témiscouata (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint-Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de Témiscouata	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=			
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus	=			
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=			
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus		=		
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus		=		
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans				
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour la population de 1 à 24 ans				
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et plus				
Davantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal				

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC du Témiscouata présente une situation défavorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ (2015) entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que 6 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Source : Institut de la statistique du Québec, Les compétences en littératie, en numératie et en résolution de problèmes dans des environnements technologiques : des clefs pour relever les défis du XXI siècle, 2015.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Hôpital de Notre-Dame-du-Lac : centre hospitalier avec une unité d'urgence, 35 lits au permis (25 lits dressés). Il y a 3 lits de soins intensifs, un bloc opératoire et un service d'obstétrique. Les spécialités disponibles sur place sont :

- Chirurgie générale;
- Médecine interne;
- Radiologie diagnostique;
- Anesthésie.

CLSC :

- CLSC de Pohénégamook : service d'urgence 24 h/24, 7 j/7 et consultation sur rendez-vous;
- CLSC de Cabano;
- CLSC de Dégelis;
- CLSC de Lac-des-Aigles;
- CLSC de Rivière-Bleue;
- Clinique médicale de Squatec.

CHSLD :

- Centre d'hébergement de Squatec : 24 lits dressés;
- Centre d'hébergement de St-Louis-du-Ha! Ha! : 43 lits dressés;
- Centre d'hébergement de Rivière-Bleue : 43 lits dressés.

GMF :

GMF du Témiscouata : mixte avec 9 sites avec une reconnaissance de niveau 4 (18 202 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 60 heures, selon l'offre de service demandé pour le niveau 3. Les cliniques privées sont à Cabano, Notre-Dame-du-Lac et Squatec.

Cliniques médicales privées sur le territoire du RLS : 4

Clinique de grippe (au besoin) :

Hôpital Notre-Dame-du-Lac : avec rendez-vous de 8 h à 20 h, 7 jours sur 7.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueille régulièrement des étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon régulière.
- Accueil d'étudiants SARROS l'été.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Région éloignée avec difficulté à recruter une équipe médicale stable. Le recrutement demeure continuellement un défi.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.
- Pas de découverte médicale grâce à l'accès au mécanisme de dépannage, surtout pour l'urgence et l'hospitalisation.
- L'assiduité en GMF demeure un défi avec le cadre actuel, car c'est une petite région où les mêmes médecins couvrent l'urgence 24/7 et les consultations en GMF.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 19 % des médecins ont plus de 60 ans (6 médecins/31 médecins en place) et 4 médecins ont plus de 30 ans de pratique.
- Milieu en pénurie d'effectifs depuis plus de 10 ans et le recrutement demeure difficile dans ce contexte.
- Deux départs annoncés cette année et un départ effectif depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour l'urgence, l'hospitalisation et la prise en charge.

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire des Basques est le plus petit en superficie des MRC du Bas-Saint-Laurent.
- La moitié de la population vit dans la municipalité de Trois-Pistoles (50 %).
- La population est plus dispersée le long des axes routiers de la MRC qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.
- La MRC comprend 10 municipalités.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- Neuf municipalités de la MRC des Basques sur 10 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La grande majorité (95 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité dévitalisée.
- Seule la municipalité de Saint-Clément n'est pas dévitalisée, son indice demeure toutefois en dessous de la moyenne québécoise.
- La population des Basques est l'une des plus vieillissantes au Québec. Une personne sur trois est âgée de 65 ans et plus.
- Depuis 2010, le nombre moyen de naissances par année est de 64 pour la MRC.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué de 5 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec.

MSSS, Registre des événements démographiques.

Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire des Basques (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire des Basques	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=			
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus				
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus		=		
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus		=		
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	=	=		
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour la population de 1 à 24 ans		=		
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et plus		=		
Davantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal				

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC des Basques présente une situation défavorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que près de 6 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Institut de la statistique du Québec, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS), Statistiques des programmes d'assistance sociale.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Centre multiservice de santé et de services sociaux de Trois-Pistoles : centre avec une unité d'urgence (14 000 visites annuelles), 3 lits d'observation (72 h) et 39 lits dressés en soins de longue durée (CHSLD).

Autres services :

- Soins généraux;
- Électrophysiologie et laboratoire de biologie médicale;
- Services de nutrition, kinésiologie, psychologie, ergothérapie, physiothérapie, service social, pharmacie, etc.;
- 1 IPS (possibilité de 2);
- 1 centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (point de service);
- 1 unité de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
- 1 centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (point de service);
- 1 centre de réadaptation en déficience intellectuelle (point de service).

CLSC

CLSC à Trois-Pistoles avec un point de service à Saint-Jean-de-Dieu et un point de chute à Saint-Clément.

Plateaux techniques :

Imagerie médicale (graphie simple, échographie, PACS).

GMF

GMF-U intra-muros avec 2 sites avec une reconnaissance de niveau 2 (9 771 inscriptions pondérées).
Ouverture 48 heures par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 2.
GMF-U pouvant accueillir 12 résidents, des externes et des IPSPL en formation.

Clinique de grippe (au besoin) :

Centre hospitalier de Trois-Pistoles : sans rendez-vous de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h la fin de semaine et les jours fériés.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML, suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil 6 R1 et 6 R2 au GMF-U.
- Accueil des IPSPL en stage au GMF-U.
- Accueil régulièrement des étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon ponctuelle pour des stages en région.
- Accueil d'étudiants SARROS l'été.
- Quatorze médecins qui participent à la mission universitaire dans GMF-U.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Région éloignée avec difficulté à recruter une équipe médicale stable. Le recrutement demeure continuellement un défi.
- Attirer des résidents pour la formation au GMF-U.
- Assiduité en GMF avec le cadre actuel dans une petite région où les mêmes médecins couvrent l'urgence 24/7 et les consultations en GMF.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 7% des médecins ont plus de 65 ans (1 médecin/14 médecins en place).
- Nous comptons présentement sur la présence de 14 médecins pour un plan d'effectifs de 20.
- Un poste d'IPSPL est disponible pour l'établissement.
- Pas de départ annoncé cette année, mais la situation peut rapidement changer comme c'est une petite équipe.
- Manque d'effectifs surtout pour l'urgence et la prise en charge. Le milieu a accès au mécanisme de dépannage pour l'urgence.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC représente environ le dixième de celui du Bas-Saint-Laurent.
- Presque 9 personnes sur 10 demeurent dans la ville de Rimouski.
- La population est presque 3 fois plus concentrée le long des axes routiers qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 4 municipalités de la MRC de Rimouski-Neigette sur 9 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La très grande majorité (95 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité vitalisée.
- La dévitalisation a tendance à s'accroître à mesure qu'on s'éloigne du fleuve.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population de Rimouski-Neigette vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- Entre 2010 et 2017, le nombre moyen de naissances par année est de 539 pour la MRC.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a augmenté de 2,8 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. MSSS, Registre des événements démographiques. Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de Rimouski- Neigette (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de Rimouski- Neigette	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=			
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus		=		
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=			
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus		=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour	=	=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population		=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la		=		
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans				
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour				
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=			
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et	=	=		
Davantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal				

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC de Rimouski-Neigette présente une situation favorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que 5 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Sources : Statistique Canada, Recensement 2016.

Institut de la statistique du Québec, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS), Statistiques des programmes d'assistance sociale.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Hôpital régional de Rimouski: centre hospitalier avec une unité d'urgence incluant 12 civières, 224 lits au permis (210 lits dressés). Il a une mission complète de CHSGS dont plusieurs services médicaux spécialisés dispensés sur une base régionale et même supra régionale. Également, notons que l'Hôpital régional de Rimouski a été désigné pour plusieurs domaines d'expertise : Centre secondaire en traumatologie, Unité néonatale II-B+, Centre de référence en oncologie pour l'Est-du-Québec, Centre régional de dialyse, Centre désigné supra régional pour la Banque de sang, Laboratoire serveur pour les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie, Centre affilié en cancérologie pulmonaire. Voici la liste des spécialités :

- Chirurgie générale
- Pneumologie
- Anesthésiologie
- Dermatologie
- Anatomopathologie
- Rhumatologie
- Infectiologie-microbiologie
- ORL
- Santé communautaire
- Cardiologie
- Médecine interne
- Orthopédie
- Chirurgie plastique
- Chirurgie thoracique
- Gastroentérologie
- Hémato-oncologie
- Néphrologie
- Psychiatrie
- Pédiatrie
- Ophtalmologie
- Chirurgie maxillo-faciale
- Urologie
- Gynécologie/ obstétrique
- Radiologie
- Médecine nucléaire
- Gériatrie
- Endocrinologie
- Radio-oncologie
- Neurologie
- Pédopsychiatrie

CLSC :

CLSC de Rimouski - Groupe de médecine familiale - universitaire (GMF-U): Services offerts tels que consultations médicales avec et sans rendez-vous, services courants, etc.

CLSC de Saint-Fabien

CLSC de Saint-Marcellin

CLSC de Saint-Narcisse

CHSLD :

Centre d'hébergement de Rimouski : 224 lits dressés

Maison de soins palliatifs :

Maison Marie-Élisabeth : 7 lits

Installations et cliniques privées (suite)

GMF :

GMF de l'Estuaire/ GMF-U : intra-muros avec 2 sites avec une reconnaissance de niveau 2 (11 912 inscriptions pondérées). Ouverture 56 heures, selon l'offre de service demandé pour le niveau 2.

GMF Arthur-Buies : privé avec 1 site avec une reconnaissance de niveau 1 (9 061 inscriptions pondérées). Ouverture 52 heures, selon l'offre de service demandé pour le niveau 1.

GMF Boisé Langevin : privé avec 1 site avec une reconnaissance de niveau 3 (12 288 inscriptions pondérées). Ouverture 68 heures, selon l'offre de service demandé pour le niveau 3.

GMF du Fleuve : privé avec 3 sites avec une reconnaissance de niveau 4 (17 241 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 68 heures, selon l'offre de service demandé pour le niveau 3.

Nombre de cliniques qui n'ont pas le statut de GMF : 3

Nombre de cliniques médicales privées : 6

Clinique de grippe (au besoin) :

CLSC de Rimouski : avec et sans rendez-vous de 8 h à 20 h, du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h le samedi et dimanche.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML, suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil de 8 R 1 et 8 R2 au GMF-U.
- Accueil des IPSPL en stage au GMF-U.
- Accueil d'externes juniors et séniors (programme longitudinal) (EIL).
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon ponctuelle.
- Accueil d'étudiant SARROS l'été.
- Quatorze médecins qui participent à la mission universitaire dans le GMF-U.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Anticipation de retraite chez certains médecins, mais non confirmée.
- Certains médecins continuent de pratiquer, mais ralentissent.
- Quelques médecins avec des pratiques marginales qui sont inclus dans le décompte d'effectifs, mais qui ne font pas de première ligne.
- Certains services médicaux régionaux.
- Recrutement acceptable.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 16 % des médecins ont plus de 60 ans, donc plusieurs patients orphelins éventuellement (12 médecins/74 médecins en place) et 7 médecins ont plus de 30 ans de pratique.
- Quatre départs annoncés cette année et quatre départs effectifs depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour la prise en charge et certains secteurs tels que le centre de détention.
- Recrutement assez facile avec la présence du GMF-U et de l'ELI.
- Attribution de PREM diminuée au cours des dernières années comme les effectifs des autres sous-territoires du Bas-Saint-Laurent étaient en pénurie plus importante.

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC représente le dixième de celui du Bas-Saint-Laurent.
- Un peu plus du tiers de la population vit dans la municipalité de Mont-Joli (35 %).
- La population de la MRC est plus dispersée le long des axes routiers qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 9 municipalités de la MRC de La Mitis sur 15 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La grande majorité (68 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité dévitalisée.
- La dévitalisation a tendance à s'accroître à mesure qu'on s'éloigne du fleuve et qu'on va vers l'Est du territoire.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population de La Mitis vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- Le nombre de naissances par année tourne autour de 200 depuis 2010.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué de 4 %.
- Seulement 14,3 % de la population possède un certificat-diplôme ou grade universitaire (29,4 % au Québec).
- 20 % de la population ne possède aucun certificat-diplôme ou grade.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. MSSS, Registre des événements démographiques. Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de La Mitis (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint-Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de La Mitis	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=			
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus		=		
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus		=		
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus		=		
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans		=		
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour la population de 1 à 24 ans	=			
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=			
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et plus	=	=		

D'avantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC de La Mitis présente une situation défavorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- 10 % de la population adulte (18-64 ans) est prestataire d'assistance sociale (6,5 % au Québec).
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que 6 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Centre hospitalier de Mont-Joli : centre hospitalier avec une unité d'urgence mineure (environ 21 000 visites annuelles), 3 civières d'observation, 102 lits dressés en soins de longue durée (CHSLD) dont 3 lits en soins palliatifs et 6 lits en troubles de comportements graves. Le centre a deux physiatres ainsi qu'une Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) avec 16 lits dressés. Pour les services de courtes durées, la population de La Mitis est desservie par l'Hôpital régional de Rimouski par les médecins de La Mitis (hospitalisations de courte durée et obstétrique).

Autres services :

- Soins courants : ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 16 h;
- Clinique vaccination;
- Infirmière MTS – Planning : consultations sur rendez-vous;
- Infirmières des maladies chroniques (DB-MPOC- Maladie cardiaque artériosclérotique (MCAS));
- Infirmière pivot en oncologie;
- Service de nutrition et de kinésiologie;
- Service de physiothérapie;
- Service de radiologie et de laboratoire.

CLSC :

Point de service CLSC : Les Hauteurs 5 jours/7;

Point de Chute CLSC : Luceville (Pavillon) et Mon Parcours (clientèle psychiatrique).

GMF de La Mitis : mixte avec 1 site intra-muros (CLSC) et 1 site clinique privée avec une reconnaissance de niveau 4 (15 587 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 52 heures par semaine, selon l'offre de service demandée pour le niveau 3.

Clinique sans rendez-vous : 8 h 15 à 12 h du lundi au vendredi (usagers inscrits)

Chirurgie mineure / infiltrations : Patients inscrits GMF

Rendez-vous dirigés : Suivi urgence / infiltration, horaire variable selon les effectifs médicaux, patients inscrits ou non.

Clinique de grippe (au besoin) :

Centre hospitalier de La Mitis : avec rendez-vous de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h le samedi et dimanche. Les rendez-vous seront donnés via l'urgence mineure.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML, suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueille régulièrement des étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon ponctuelle.
- Accueil d'étudiants SARROS l'été.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Problématique en raison des nombreux départs non remplacés depuis deux ans. Malgré le recrutement de 4 nouveaux médecins en 2018, 3 retraites en 2019, dont un médecin avec >1 600 patients vont perpétuer le problème.
- Le départ à la retraite de 2 médecins pratiquant exclusivement en CHSLD va obliger l'équipe à repenser et à réorganiser les services actuels en CHSLD-URFI-TGC-soins palliatifs.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 14% des médecins ont plus de 60 ans (3 médecins/21 médecins en place).
- Trois retraites confirmées en 2019 et un autre départ probable fin 2019.
- Sept départs depuis les 18 derniers mois.
- Manque d'effectifs surtout pour l'urgence, sans découverte, mais le RLS a dû appliquer son plan de contingence (diminution des SRV, RV dirigés, administratifs, déploiement des soins intensifs à domicile retardé, etc.).
- Réorganisation de la couverture en CHSLD avec les départs annoncés en 2019 : intégration d'une IPSPL et changement de pratique de certains médecins.
- Manque d'effectifs pour la prise en charge.

RLS DE LA MATAPÉDIA

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC est vaste, il représente près du quart de celui du Bas-Saint-Laurent.
- 2 citoyens sur 3 demeurent en territoire rural (66 %).
- La population de la MRC est presque 2 fois plus dispersée le long des axes routiers qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent.

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 15 municipalités de la MRC de La Matapédia sur 18 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La majorité (59 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité dévitalisée.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population de La Matapédia vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- En 2018, près d'un résident de la MRC sur quatre (24 %) a 65 ans ou plus.
- Le nombre de naissances a varié entre 140 et 185 par année depuis 2002.
- Entre les 2 derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué de 4 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. MSSS, Registre des événements démographiques. Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de La Matapédia (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de La Matapédia	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges	=			
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus	=			
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus	=	=		
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=			
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour la population de 65 ans et plus	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population de 35 ans et plus				
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	=			
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans		=		
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour la population de 1 à 24 ans				
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et plus		=		
Davantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal				

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC de La Matapédia présente une situation défavorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que 6 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible niveau de littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Sources : Statistique Canada, Recensement 2016.
Institut de la statistique du Québec, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS), Statistiques des programmes d'assistance sociale.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Hôpital d'Amqui : centre hospitalier avec une unité d'urgence avec 6 civières, 49 lits au permis (35 lits dressés). Il y a 3 lits de soins intensifs, un bloc opératoire et des services d'obstétrique et de pédiatrie. Les cliniques externes de consultations en spécialité sont :

- Chirurgie générale;
- Médecine interne;
- Anesthésie;
- Radiologie.

Sur présence ponctuelle :

- Cardiologie;
- Pneumologie;
- ORL ;
- Gynécologie
- Pédiatrie.

Autres services :

Avec la participation des omnipraticiens, les soins en oncologie sont dispensés pour la population du RLS afin d'administrer localement la chimiothérapie et d'assurer la gestion des symptômes associés à ces traitements.

CLSC :

CLSC d'Amqui : point de service

CLSC de Causapscal : point de chute et de service; service de consultations médicales

CLSC de Sayabec : point de chute et de service

CHSLD :

Centre d'hébergement Marie-Anne Ouellet : 96 lits dressés

GMF :

GMF de La Matapédia : Privé avec 3 sites avec une reconnaissance de niveau 4 (17 148 inscriptions pondérées). Diminution d'un niveau de financement à la demande du GMF. Ouverture 52 heures par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 3.

Clinique de grippe (au besoin) : CH d'Amqui, sans rendez-vous de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h la fin de semaine.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML, suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil régulier d'étudiants à l'externat de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée.
- Accueil de résidents en médecine familiale de façon régulière.
- Accueil d'étudiants SARROS l'été.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Anticipation de retraite chez certains médecins, mais non confirmée.
- Certains médecins continuent de pratiquer, mais ralentissent.
- Recrutement difficile.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.
- Aucune découverte médicale grâce à l'accès au mécanisme de dépannage, surtout pour l'urgence et l'hospitalisation.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 4% des médecins ont plus de 60 ans (1 médecin/24 médecins en place) et 2 médecins ont plus de 30 ans de pratique.
- Milieu en pénurie d'effectifs depuis plus de 10 ans et le recrutement demeure difficile dans ce contexte.
- Pas de départ annoncé cette année et un départ effectif depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour l'urgence, l'hospitalisation et la prise en charge.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.

RLS DE LA MATANIE

Portrait du RLS

Caractéristiques générales

Caractéristiques géographiques

- Le territoire de la MRC représente environ 15 % de celui du Bas-Saint-Laurent.
- Presque 7 personnes sur 10 vivent dans la ville de Matane.
- La population est plus concentrée le long des axes routiers de la MRC qu'ailleurs au Bas-Saint-Laurent (concentration dans la ville de Matane).

Source : Institut de la statistique du Québec, Profils statistiques par région et MRC géographiques.

Caractéristiques de la population

- 7 municipalités de la MRC de La Matanie sur 11 sont dévitalisées sur le plan socioéconomique.
- La grande majorité (77 %) de la population de la MRC vit dans une municipalité vitalisée.
- La dévitalisation a tendance à s'accroître à mesure qu'on s'éloigne vers l'Est du territoire.
- Tout comme au Bas-Saint-Laurent, la population de La Matanie vieillit plus rapidement qu'au Québec.
- Depuis 2010, le nombre de naissances tend à diminuer et est de 157, en moyenne par année, pour la MRC.
- Entre les deux derniers recensements, la population totale de la MRC a diminué de 2,2 %.

Sources : Institut de la statistique du Québec, Estimations de la population et Statistique Canada, Estimations de la population. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec. MSSS, Registre des événements démographiques. Statistique Canada, Recensement 2016.

Santé publique

Aide-mémoire pour le territoire de la Matanie (pour la plus récente période ou année disponible)	Comparé au Bas-Saint- Laurent	Comparé au Québec	Légende pour la comparaison du territoire de la Matanie	
Traumatismes non intentionnels			=	Situation comparable
Taux ajusté d'hospitalisation pour accidents de véhicule à moteur, tous les âges				
Taux brut d'hospitalisation pour chutes et chutes présumées chez les 65 ans et plus		=		Situation plus avantageuse
Saines habitudes de vie				
Proportion de fumeurs actuels de cigarettes dans la population de 15 ans et plus	=	=		
Proportion de la population de 15 ans et plus souffrant d'obésité	=	=		
Maladies chroniques				
Prévalence ajustée de l'asthme pour la population d'un an et plus		=		
Taux d'incidence ajusté de l'asthme pour la population d'un an et plus	=			
Prévalence ajustée de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de l'hypertension artérielle pour la population de 20 ans et plus				
Prévalence ajustée du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus		=		
Taux d'incidence ajusté du diabète (types 1 et 2) pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté des cardiopathies ischémiques pour la population de 20 ans et plus				
Prévalence ajustée de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs pour				
Taux d'incidence ajusté de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	=	=		
Prévalence ajustée de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la population	=			
Taux d'incidence ajusté de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) pour la	=	=		
Prévalence ajustée de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus				
Taux d'incidence ajusté de polyarthrite rhumatoïde pour la population de 20 ans et plus	nd	nd		
Prévalence ajustée du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	=	=		
Taux d'incidence ajusté du trouble du spectre de l'autisme pour la population de 1 à 24 ans	nd	nd		
Troubles mentaux				
Prévalence ajustée des troubles mentaux pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) pour				
Prévalence ajustée des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus				
Prévalence ajustée des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus	=	=		
Prévalence ajustée des troubles de personnalité limite du groupe B pour la population d'un an et	=			

D'avantage de détails pour chaque indicateur sont disponibles dans le document principal

Caractéristiques socioéconomiques

- Pour l'ensemble des indicateurs socioéconomiques, la MRC de La Matanie présente une situation défavorable par rapport au Bas-Saint-Laurent.
- Si on extrapole le lien qui avait été mesuré par l'ISQ entre le niveau de scolarité et la littératie, on estime que plus de 5 personnes sur 10 dans la MRC ont un faible niveau de littératie. Exemple de faible littératie : difficulté à trouver les coordonnées d'une personne sur Internet, difficulté à saisir le message d'un texte.

Sources : Statistique Canada, Recensement 2016.

Institut de la statistique du Québec, Rapport québécois du Programme pour l'évaluation internationale des compétences des adultes (PEICA).

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale du Québec (MTESS), Statistiques des programmes d'assistance sociale.

Services médicaux généraux et autres programmes

Installations et cliniques privées

Centre hospitalier :

Hôpital de Matane : centre hospitalier avec une unité d'urgence avec 7 civières, 45 lits au permis (45 lits dressés). Il y a 3 lits de soins intensifs, un bloc opératoire et des services d'obstétrique et de pédiatrie. Les cliniques externes de consultations en spécialité sont :

- Chirurgie générale
- Radiologie
- Médecine interne
- Orthopédie
- Anesthésiologie

Sur présence ponctuelle :

- Cardiologie
- Pneumologie
- Pédiatrie
- Gynécologie
- ORL
- Maladies lipidiques
- Ophtalmologie

Autres services :

- L'offre de services en oncologie est en élaboration pour la population du RLS afin d'administrer la chimiothérapie localement;
- Cliniques d'infiltrations et cryothérapie.

CLSC :

CLSC de Matane : offre médicale en « planning » et au niveau de la clinique jeunesse

CLSC de Baie-des-Sables (point de service) : service de consultations médicales environ 1-2 jour par mois

CLSC de Méchins (point de service)

CHSLD :

Centre d'hébergement de Matane : 106 lits dressés

GMF :

GMF de Matane : mixte avec 4 sites avec une reconnaissance de niveau 4 (17 497 inscriptions pondérées). Ouverture 56 heures et plus par semaine, selon l'offre de service demandé pour le niveau 4. Il y a 2 sites principaux, soit la Clinique de Saint-Rédempteur et la Clinique médicale de Matane, 2 sites accessoires CLSC de Baie-des-Sables et CLSC de Matane.

GMF ouvert de 8 h à 20 h du lundi au jeudi et de 8 h à 16 h le vendredi, jours fériés = 4 h d'ouverture en 2 sites

Supervision d'une IPS en GMF par plusieurs médecins.

4 cliniques médicales non GMF pour un total de 5 médecins.

Clinique de grippe (au besoin) : CLSC de Matane, de 8 h à 20 h du lundi au vendredi et de 8 h à 16 h la fin de semaine.

Inscription à un médecin de famille et accessibilité

Le DRMG, de concertation avec les CML, suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation de l'inscription à un médecin de famille et de l'accessibilité pour chacun des RLS :

Annexe 5 - Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Annexe 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

Effectifs médicaux

Le DRMG suit les données comparatives des 8 RLS. Lors de chacune de ses rencontres, des tableaux de l'évolution des effectifs et de diverses informations sont déposés pour faciliter la prise de décision. Veuillez-vous référer aux annexes ci-dessous afin connaître l'état de situation des effectifs médicaux pour chacun des RLS :

Annexe 7 - Évolution des effectifs médicaux (arrivées, départs, âge, etc.)

Annexe 8 - Indice de prise en charge

Annexe 9 - Modèle d'outil de soutien (tableau des effectifs évolutifs et informations diverses)

Guichet d'accès à un médecin de famille

Le DRMG et les CML suivent les données comparatives des 8 RLS lors des rencontres du CC-DRMG. Le Bas-Saint-Laurent s'est doté d'une procédure « Vidons les guichets » pour mieux soutenir les RLS. Veuillez-vous référer à l'annexe ci-dessous afin connaître l'état de situation des Guichets d'accès à un médecin de famille :

Annexe 10 - Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

Activités médicales particulières

Le DRMG s'assure de maintenir à jour la liste des AMP pour chacun des RLS de son territoire avec un souci d'assurer la couverture adéquate des services. Cette liste est modifiée au cours de l'année, s'il y a modification des besoins. Vous retrouverez en annexe la dernière liste des AMP disponibles. Les AMP de chacun des médecins sont révisées aux deux ans ou avant si le médecin dépose une demande de modifications. Les chefs de services concernés et les coordonnateurs médicaux locaux sont consultés lors des demandes de modifications avant l'approbation du DRMG.

Annexe 11 - AMP disponibles

Activités académiques

- Accueil 1 à 2 étudiants à l'externat junior de l'Université Laval pour le stage de médecine familiale en région éloignée 6 semaines à l'année.
- Accueil de stages SARROS l'été.
- 2 stagiaires de l'Université de Sherbrooke APP à l'automne.
- 1 résident 2e année en médecine familiale à l'année.
- Parfois, externes ou résidents en stage à option 1-2 mois dans l'année.
- Offre de l'ELI à venir probable en 2019.

Activités dans d'autres programmes

- « Planning ».
- Clinique jeunesse.
- Soins à domicile (SAD).
- Garde trousse médico-légale.
- Implication de plusieurs médecins au niveau médico-administratif.

Identification des besoins

Problématiques actuelles et anticipées

- Anticipation de retraite chez certains médecins, mais non confirmée.
- Certains médecins continuent de pratiquer, mais ralentissent.
- Recrutement acceptable.
- Problématique surtout de rétention souvent en lien avec le travail du conjoint ou l'éloignement familial.
- Pas de couverture médicale grâce à l'accès au mécanisme de dépannage, surtout pour l'urgence.
- Amélioration graduelle au niveau de l'accès spécialité, 2 nouveaux anesthésistes, un nouveau chirurgien à venir et présence accrue de consultants en spécialité.
- Couverture fréquente par les médecins de l'équipe d'obstétrique de Matane pour les accouchements de l'hôpital de Sainte-Anne-des-Monts en raison des ruptures de service en anesthésie et en chirurgie.

Besoins en effectifs médicaux et autres professionnels

- Présentement, 14% des médecins ont plus de 65 ans donc plusieurs patients orphelins éventuellement (4 médecins/29 médecins en place).
- Pas de départ annoncé cette année et deux départs effectifs depuis janvier 2018.
- Manque d'effectifs surtout pour l'urgence, l'hospitalisation et la prise en charge.
- Besoin d'une IPS supplémentaire en GMF afin d'absorber les patients de quelques médecins en préretraite, de certains médecins avec une patientèle de plus de 1 500 et d'améliorer le taux d'assiduité du GMF.

OBJECTIFS POURSUIVIS DANS CHAQUE RLS

RLS DE KAMOURASKA

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers, si nécessaire.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente.
Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu (actuellement, ce n'est pas problématique).
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Arrivée de 4 nouveaux médecins dans la région dans les 2 dernières années;- Bon esprit d'équipe et de cohésion entre le groupe de médecins et l'établissement;- Bonne communication avec la DSP. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pénurie de personnel.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS);- Pourcentage d'usagers inscrits avec un niveau de priorité A ou B transférés dans les délais établis : 100 % transférés dans les délais prescrits en 2020.

Objectifs spécifiques à déterminer par le RLS :

- Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés.
- Clarifier la desserte en pneumologie.

ACTIONS
Améliorer la circulation de l'information bidirectionnelle (requête électronique, retour de consultation, etc.).
MOYENS
La coordination se fera via la Table locale de coordination des soins de première ligne.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne.
Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. TL : définir et proposer la nature et les services attendus. Chef de service de première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Ouest : assurer un soutien-conseil et identifier les modèles possibles et en évaluer la faisabilité.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Équipe mobilisée à trouver des alternatives;- Bonne communication avec la DSP. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Gestion centralisée et peu flexible des effectifs médicaux en spécialité avec peu d'ouverture pour les apports possibles provenant d'autres CISSS.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Mécanisme qui facilite la communication : mécanisme répondant au besoin en place en 2019.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Adjointe GMF : assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF.
ÉCHÉANCES
En cours pour les médecins intéressés.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Dans le groupe des médecins du GMF de Kamouraska, plusieurs médecins ont déjà une approche de type Accès adapté.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Manque d'intérêts de certains médecins.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité - 80 % en 2019 (MSSS); - Délai du 3e rendez-vous – Diminution progressive des délais pour les 3e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Développer des corridors de services entre l'urgence et les GMF pour les P4-P5. Modifier les habitudes de consommation des services des usagers qui se présentent à l'urgence et qui sont classés P4 ou P5.
MOYENS
Remise d'un document aux usagers à l'urgence leur proposant de prendre contact avec leur médecin de famille.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Adjointe GMF : assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. CML : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure, assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de contrainte</u> - Les médecins du GMF tiennent à leur mode de triage avec leur personnel afin de cibler les priorités le plus possible selon leur clientèle qu'ils connaissent déjà bien.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux de réorientation des P4-P5 : 15 % en 2019 (MSSS); - Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h : <ul style="list-style-type: none">▪ 85 % en 2019;▪ 90 % en 2020. - Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h : <ul style="list-style-type: none">▪ 85 % en 2019;▪ 95 % en 2020. - Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence : <ul style="list-style-type: none">▪ 7 h en 2019;▪ 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD. Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun avec le support des infirmières sur une base 24/7. Assurer l'accès à la clientèle des soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA).
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Table locale : définir et proposer la nature et les services attendus. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication.
ÉCHÉANCES
Juin 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Comité de cogestion SAPA fonctionnel; - Les médecins impliqués sont ceux au CHSLD et ceux ayant une majeure auprès des personnes âgées.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Garde médicale 24/7 (garde pour le SAD et les soins palliatifs) : <ul style="list-style-type: none">▪ Garde 24/7 fonctionnelle en 2019 - Garde infirmière 24/7 <ul style="list-style-type: none">▪ Garde 24/7 fonctionnelle en 2019

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels, mais principalement, avec les pharmaciens pour favoriser l'accès à la première ligne au sein des GMF.

ACTIONS
Assurer que les pharmaciens puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.
MOYENS
Soutenir la personne vulnérable avec des outils d'autosoins. Soutenir l'autogestion de conditions cliniques (patient-partenaire). Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels pour le pharmacien.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Déjà une OC Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en place pour l'anticoagulothérapie.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Nombre d'utilisateurs différents rencontrés avec les professionnels GMF :<ul style="list-style-type: none">▪ 2019 à 2021 : Progression du nombre d'utilisateurs; cible à définir selon les données probantes.- Nombre d'interventions réalisées par les professionnels GMF :<ul style="list-style-type: none">▪ 2019 à 2021 : Progression du nombre d'interventions; cible à définir selon les données probantes.

Objectif spécifique à déterminer par le RLS : Développer la collaboration avec la deuxième ligne pour l'ajustement des INR instables.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour assurer la gestion de l'anticoagulothérapie des usagers instables, après une hospitalisation notamment.
MOYENS
Élaboration de procédures de référence. Implanter l'OC INESSS pour l'anticoagulothérapie intra-muros (infirmières de deuxième ligne).
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : TL : définir et proposer la nature et les services attendus. Coordonnatrice DSP, pôle Ouest et chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
Décembre 2018
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de contrainte</u> - Actuellement, pas de solution impliquant la deuxième ligne pour la gestion des INR instables qui est assurée par les infirmières du GMF.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Procédure de référence pour les usagers instables nécessitant un ajustement d'anticoagulothérapie en place : <ul style="list-style-type: none">▪ 2018 : Débuter les discussions afin de préciser le besoin;▪ 2020 : Procédure en place et fonctionnelle.

Objectif spécifique à déterminer par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement du projet CoMPAS pour la clientèle souffrant de MPOC.
MOYENS
Soutenir les projets CoMPAS en s'assurant du déploiement du plan d'action découlant des ateliers CoMPAS.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Adjointe administrative GMF : assurer un support administratif. Chef de service de première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Déjà ce type de projet auprès de la clientèle MPOC; - Suivi des indicateurs déjà établi, dont le taux d'hospitalisation qui a pu être réduit depuis l'année de référence.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Indicateurs selon ceux du PA local – À fixer.

RLS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Attribuer les usagers inscrits au guichet.
MOYENS
Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux patients. Appliquer la Procédure « Vidons les guichets », lorsqu'indiquée. Utiliser les Lettres d'entente n° 304 et n° 321 selon les situations. Recrutement médical.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Recrutement d'un médecin en 2018;- Possibilité de remplacer les autres départs en 2019. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Perte de 5 médecins en 2017-2018 et un autre départ en 2019 (départ avec une clientèle importante; plus de 1 000 usagers);- Variation démographique;- Degré de vulnérabilité des usagers;- Disponibilité des agentes administratives.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS);- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF inscrit avant 2016 : zéro en 2018;- Pourcentage d'usagers inscrits avec un niveau de priorité A ou B transférés dans les délais établis : 70 % en 2019.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier et maintenir l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté. Sensibiliser la population afin de changer leurs habitudes de consultation. Mobilisation médicale.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjoints administratifs GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - AA déjà intégrée par plusieurs médecins. <u>Facteurs de contrainte</u> - Pénurie médicale; - Médecins qui font beaucoup de 2 ^e ligne et peu de bureau; - Manque de mobilisation et d'intérêt de certains médecins; - Stabilité de la main-d'œuvre.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité : maintenir un niveau supérieur à 80 % en continu. - Délai du 3 ^e rendez-vous : diminution progressive des délais pour le 3 ^e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Améliorer les corridors de service entre l'urgence et les GMF et/ou les cliniques médicales privées pour les P4-P5.
MOYENS
Améliorer les procédures de référence. Soutenir les changements de pratiques (accompagnement). Standardiser la saisie des données et les formations. Disponibilité des plages de rendez-vous rapides chaque jour. Soutenir l'implantation de l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : CML et chef du service de médecine générale : soutenir la mobilisation médicale. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure et assurer la communication de l'information. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP pôle Ouest : assurer un soutien-conseil et un support administratif. Adjoints administratifs GMF : assurer un support administratif.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Rendez-vous rapides offerts par certains médecins;- Forte implantation de l'AA.
<u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pas de sans rendez-vous disponible pour les usagers non-inscrits au GMF;- Certains médecins n'offrent pas de rendez-vous rapides.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5 : 15 % en 2019 (MSSS).
- Réduction du taux des P4-P5 à l'urgence :
 - 3 % en 2019;
 - 5 % en 2020;
 - 10 % en 2021.
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS
Maintenir et améliorer l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD; Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Amélioration du modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs). Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées. Assurer les services pour les patients des médecins « solos ». Réduire les consultations à l'urgence des grands utilisateurs chez la clientèle des SAD. Assurer une stabilité du personnel afin de créer une expertise.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Directeur des services professionnels adjoint (DSPa), Cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Chef des services de soutien à domicile : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Garde médicale déjà disponible et fonctionnelle 24/7 pour la clientèle GMF. <u>Facteurs de contrainte</u> - Roulement du personnel SAD et manque de formation; - Mauvaises expériences de certains médecins; - Communication difficile; - Pénurie médicale; - Plusieurs médecins « solos ».
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Garde médicale 24/7 pour le SAD et les soins palliatifs à domicile : fonctionnelle en 2020. - Garde infirmière 24/7 : fonctionnelle en 2020.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Objectif régional en cours : Bonifier la collaboration interdisciplinaire en favorisant l'utilisation des guides de pratique de qualité.

ACTIONS
S'assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées. Mettre en place ou identifier des modalités pour faciliter la collaboration interprofessionnelle.
MOYENS
Augmenter le déploiement des OC de l'INESSS. Avoir un même dossier médical électronique et une codification unifiée entre les GMF. Développer des liens entre le CH et les GMF pour les usagers de 1 ^{re} et 2 ^e ligne.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale et le déploiement des OC. Collaborateurs : Conseillère clinique en soins infirmiers en première ligne : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences. CML : assurer la mobilisation médicale. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Adjointes administratives GMF : assurer un support administratif.
ÉCHÉANCES
Mars 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Ouverture à la collaboration interdisciplinaire; - OC existantes et adoptées par le CMDP. <u>Facteurs de contrainte</u> - Disponibilité des ressources; - Liens difficiles entre le centre hospitalier les GMF pour les usagers de 1 ^{re} et 2 ^e ligne.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre d'OC de l'INESSS déployées : objectif 4/5 d'ici 2021.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS-MPOC.
MOYENS
Soutenir les projets CoMPAS –MPOC; S'assurer du suivi du plan d'action CoMPAS.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Chef de service de première ligne : Assurer et soutenir la présence d'une inhalothérapeute en GMF et dédier une partie du temps des pharmaciens GMF à la MPOC. Pharmaciens GMF, inhalothérapeutes et médecins de famille en GMF : Assurer la complétion et la mise à jour des plans d'action annuels.
ÉCHÉANCES
Novembre 2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Ouverture à la collaboration interdisciplinaire;- Soutien de la DSI. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Disponibilité des ressources;- Liens difficiles entre le centre hospitalier et les GMF pour les usagers de 1^{re} et 2^e ligne;- Pas de dossiers électroniques communs.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Nombre de suivis de « nouveaux-MPOC » au GMF par l'inhalothérapeute : augmentation de 30 % en 2021;- Pourcentage de plans d'action annuels complétés pour les MPOC en 1^{re} ligne (groupes A et B selon directives GOLD 2017) : 75 % en 2023.

RLS DU TÉMISCOUATA

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Attribution des demandes de 2016. Utiliser les Lettres d'entente n° 304 et n° 321 lorsque possible. Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;- Recrutement de 3 médecins en 2018. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Taux d'assiduité à 77 %, donc lors du prochain départ en juillet 2018, ils doivent désinscrire les patients du médecin qui part afin de ne pas nuire à leur taux d'assiduité;- Pénurie d'effectifs depuis plusieurs années;- En 2018, plusieurs congés de maternité et de maladie.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS);- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF inscrits en 2016 et moins : 0 demande de 2016 et moins en 2018.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer une prestation continue des services médicaux dans les CHSLD.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale.
MOYENS
Utiliser la Lettre d'entente (L.E.) n° 327.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale.</p> <p>Collaborateurs : DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service CHSLD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, assurer la communication de l'information.</p>
ÉCHÉANCES
Débuter la mise en place en septembre 2018.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Retour d'un congé de maternité en novembre 2018; - Recrutement d'un nouveau médecin en septembre 2018; - Système de garde fonctionnel par l'équipe de tournée du centre hospitalier pour les soirs et les nuits. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Départ d'un médecin en 2017 qui a dû être remplacé par des médecins déjà surchargés.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> - Formation d'un groupe concerté : groupe fonctionnel en 2019.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Consolider l'offre de service aux usagers souffrant d'insuffisance cardiaque afin d'augmenter le dépistage et préciser les lieux de suivi selon le stade fonctionnel.

ACTIONS
Collaborer à mettre en place des services adaptés aux personnes ayant une insuffisance cardiaque chronique.
MOYENS
<p>Définir le rôle des différentes équipes et faire un arrimage pour faciliter la continuité des soins.</p> <p>Assurer le suivi des stades 2 et 3 au GMF par leur médecin ou leur infirmière.</p> <p>Augmenter le dépistage en GMF.</p> <p>Assurer le suivi des stades plus avancés à l'hôpital par les internistes.</p> <p>Évaluer l'efficacité des mesures mises en place en déterminant des indicateurs de suivi et des modalités de saisie de données.</p>
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.</p> <p>Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale. Chef de service première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Conseillère clinique en soins infirmiers en première ligne : assurer un soutien-conseil afin d'intégrer l'IPSPL, offrir l'accompagnement nécessaire. Internistes : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.</p>
ÉCHÉANCES
Automne 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Bonne mobilisation de l'équipe médicale, tant au niveau des médecins que des internistes; - Milieu mobilisé à chercher des moyens pour augmenter l'accès à l'écho cardiaque; - Formation des infirmières en cours; - Formation des médecins à l'automne 2018. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accès difficile à l'échographie cardiaque (examen et résultat).
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none"> - Nouveau service pour le suivi d'insuffisance cardiaque : services répondant aux besoins en place; - Degré de satisfaction de la clientèle évalué par sondage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 75 % en 2020; ▪ 80 % en 2021.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Maintenir l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté (AA).
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjointe GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
En cours
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Bonne mobilisation de l'équipe médicale, des professionnels et du personnel de soutien; - Les 2 cliniques privées fonctionnent à 100 % en A.A. et bons résultats pour les 3 ^e rendez-vous.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Pénurie médicale; - GMF multisites; - Certains sites où les médecins font du bureau 1 à 2 fois par semaine; - Médecins qui font de la consultation intra-muros à l'HNDL font beaucoup de 2 ^e ligne et peu de bureau.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité : 80 % en 2019; - Pourcentage d'adhésion à l'accès adaptée : 80 % en 2019; - Taux de réduction des consultations P4-P5 à l'urgence : <ul style="list-style-type: none">▪ 3 % en 2019;▪ 5 % en 2020;▪ 10 % en 2021.
- Délai du 3 ^e rendez-vous : diminution progressive des délais pour le 3 ^e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Améliorer les corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou les cliniques médicales privées pour les P4-P5.
MOYENS
Améliorer les procédures de référence. Soutenir les changements de pratique (accompagnement). Standardiser la saisie des données et les formations.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication.
Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant la mise en place de la procédure. CML : assurer la liaison entre l'établissement et les médecins. Coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure, assurer la communication de l'information. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Ouest : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
Fin 2018-2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;- Processus déjà amorcé.
<u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Disponibilité de certains médecins;- GMF multisites;- La population travaillante consulte seulement en soirée;- Peu d'attente à l'urgence.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5 (par période) : 15 % en 2019 (MSSS);
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD. Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs). Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : définir et proposer la nature et les services attendus et assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
Sera déployé lorsque les conditions seront favorables et suffisamment d'effectifs seront en place.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de contrainte</u> - Pas de garde infirmière 24/7; - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Garde médicale 24/7 pour le SAD et les soins palliatifs : garde fonctionnelle. - Garde infirmière 24/7 : garde fonctionnelle.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS
<p>S'assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.</p> <p>Augmenter l'offre des travailleurs sociaux en GMF.</p>
MOYENS
<p>Développer des pratiques partagées avec les travailleurs sociaux pour des services de proximité et pour favoriser la continuité des soins et la qualité.</p> <p>Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels.</p> <p>Arrimer les mécanismes de communication entre les médecins et les travailleurs sociaux.</p>
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.</p> <p>Collaborateurs : Cochef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale. Chef de service première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Conseillère clinique en soins infirmiers en première ligne : assurer un soutien-conseil afin d'intégrer l'IPSPL et offrir l'accompagnement nécessaire. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats. Coordonnateur des services communautaires, chef de service santé mentale communautaire, dépendance Kamouraska/Témiscouata : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.</p>
ÉCHÉANCES
<p>Automne 2018 : Dépôt de la demande au CISSS. Fonctionnel hiver 2019.</p>
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Présentement le GMF a demandé une réduction de niveau, soit de 5 à 4 (Niveau 4 = 15 000 à 17 999) donne présentement 2,5 Équivalents temps complet (ETC) soins infirmiers, 1,5 ETC en TS et 1 ETC autres.- Si le GMF accepte de passer au « Niveau 5 » (18 000 à 20 999), il aurait 3 ETC soins infirmiers, 1,5 ETC TS et 1,5 ETC autres. Il pourrait y avoir une demande de 0,5 ETP supplémentaire TS. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Pénurie de main-d'œuvre en service social;- Multisites, donc beaucoup de déplacements et peu de présence dans chaque site;- Problèmes et délais de communication en lien avec les multiples déplacements et qu'ils n'ont pas toujours accès à Purkinje.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Nombre d'utilisateurs différents rencontrés avec travailleurs sociaux GMF : Progression du nombre d'utilisateurs; cible à définir selon les données probantes.
- Nombre d'interventions réalisées par les travailleurs sociaux GMF : Progression du nombre d'utilisateurs; cible à définir selon données probantes.
- Délai entre la première demande et la prise en charge : Moins de 30 jours.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube).
MOYENS
Soutenir les projets CoMPAS. S'assurer du déploiement du plan d'action des ateliers CoMPAS.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe administrative GMF : assurer un support administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
Suite à la formation du 29 octobre 2018.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Support régional. <u>Facteurs de contrainte</u> - Motivation des médecins.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Indicateurs selon ceux du PA local : À définir après la formation d'octobre 2018.

RLS LES BASQUES

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Appliquer la Procédure « Vidons les guichets ». Utiliser les Lettres d'entente n° 304 et n° 321. Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Gestionnaire GMF-U : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Motivation et collaboration des médecins;- Arrivée de nouveaux médecins en 2018;- Guichet fonctionnel. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Plusieurs départs depuis 2 ans.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS);- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF inscrits 2016 et moins : zéro demande en 2018;- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF qui ont été attribués dans les délais prescrits :<ul style="list-style-type: none">▪ 95 % en 2019;▪ 95 % en 2020;▪ 95 % en 2021.

Objectif spécifique déterminé par le RLS: Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés.

ACTIONS
Établir des modalités ou des mécanismes d'accès aux médecins spécialisés en tenant compte de la pertinence et de la qualité des services (corridors, accueil clinique, guichet d'investigation et ententes entre les RLS). Améliorer la circulation de l'information bidirectionnelle (requête électronique, retour de consultation, etc.).
MOYENS
Soutenir l'arrimage du déploiement des formulaires harmonisés par spécialité, notamment par l'arrivée des CRDS. Soutenir le déploiement de l'accueil clinique. Renforcer le rôle des infirmières de liaison, pivots, gestionnaires de cas, pour certaines clientèles vulnérables.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne. Collaborateurs : Comité de vigie régionale CRDS : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences. Chefs de département en spécialité : représenter les ressources médicales et assurer la communication.
ÉCHÉANCES
2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Orientations ministérielles. <u>Facteurs de contrainte</u> - Crédits MSSS; - Enjeux de ressources humaines pour faire fonctionner l'Accueil clinique et les trajectoires.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre de formulaires conformes au CRDS : 80 % en 2020; - Nombre de protocoles d'Accueil clinique implantés dans le RLS : progression du nombre de protocoles implantés.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer une prestation continue de services médicaux dans les CHSLD.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale.
MOYENS
Utiliser la Lettre d'entente n° 327.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Gestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : DSPa, gestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service CHSLD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
Automne 2018
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Structure gériatrique médicale en CHSLD et SAD déjà en place.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Formation d'un groupe concerté : groupe fonctionnel à l'automne 2018.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable du GMF-U : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Gestionnaire GMF-U et AACQ : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats et assurer un support administratif. Adjointe GMF-U : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA.
ÉCHÉANCES
Hiver 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Formation;- Collaboration médicale;- Collaboration administrative;- Collaboration interdisciplinaire. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pénurie médicale;- Disponibilité et stabilité des secrétaires médicales.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'assiduité : 80 % en 2019 (MSSS);- Pourcentage de médecins adhérent à l'accès adapté : 90 % en 2020;- Taux de réduction des consultations P4-P5 :<ul style="list-style-type: none">▪ 3 % en 2019;▪ 5 % en 2020;▪ 10 % en 2021.- Délai du 3^e rendez-vous : diminution progressive des délais pour le 3^e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Développer des corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou les cliniques médicales privées pour les P4-P5.
MOYENS
Élaboration de procédures de référence. Soutenir les changements de pratiques (accompagnement). Standardiser la saisie des données et les formations.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Collaborateurs : Médecin responsable du GMF-U (assurer la mobilisation médicale). Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure et assurer la communication de l'information. Gestionnaire GMF-U, chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Ouest : assurer un soutien-conseil et un support administratif. DSPa : coordonner l'organisation des services médicaux. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication.
ÉCHÉANCES
En cours
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Outils informationnels;- Formation;- Collaboration médicale;- Collaboration administrative;- Collaboration interdisciplinaire.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5 : 15 % en 2019 (MSSS);
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS

Maintien de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD.
Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.

MOYENS

Peaufiner un modèle d'organisation afin d'assurer des visites à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs).
Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsable :

Cogestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale.

Collaborateurs :

DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services.

Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.

ÉCHÉANCES

Hiver 2019

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Garde infirmière 24/7;
- Équipe SAD GMF déjà en place;
- Service inhalothérapeute disponible;
- Identification de clientèle propice.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Garde médicale 24/7 listes de garde pour le SAD et les soins palliatifs : garde fonctionnelle.
- Garde infirmière 24/7 : garde fonctionnelle.
- Nombre d'utilisateurs inscrits par période, délais de visite infirmière et inhalothérapeute et nombre de visites des professionnels : définir les cibles de qualité par comparaison des indicateurs performants comparables versus la littérature pertinente disponible.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS
<p>Assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.</p> <p>Unifier ou consolider la création de nouveaux modèles de services en recherchant la participation, entre autres, des pharmaciens communautaires et autres professionnels.</p> <p>Mettre en place un nombre d'OC ou identifier des modalités pour faciliter l'actualisation des OC dans une perspective d'une plus grande collaboration interprofessionnelle.</p> <p>Favoriser l'intégration des IPSPL.</p>
MOYENS
<p>Utiliser le cadre de gestion pour l'accueil des nouvelles infirmières et pour leur évaluation.</p> <p>Développer des pratiques partagées (IPS, pharmaciens communautaires, travailleurs sociaux, etc.) pour des services de proximité (maintien à domicile, etc.) et pour favoriser la continuité des soins et de la qualité.</p> <p>Encourager le déploiement des OC de l'INESSS.</p> <p>Soutenir la personne vulnérable avec des outils d'autosoins.</p> <p>Soutenir l'autogestion de conditions cliniques (patient-partenaire).</p>
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsable : Médecin responsable du GMF-U : assurer la mobilisation médicale.</p> <p>Collaborateurs : Gestionnaire GMF-U et AACQ : assurer un support-conseil et un support administratif. Professionnels impliqués : assurer un soutien-conseil afin de faciliter leur intégration.</p>
ÉCHÉANCES
<p>En continu</p>
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Ouverture à la collaboration interdisciplinaire;- Formation interdisciplinarité;- Ententes de rémunération favorisant ou limitant la collaboration;- OC et champs de pratique.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Nombre d'OC de l'INESSS déployées : 3/5 d'ici 2020.
- Nombre d'utilisateurs différents rencontrés avec les professionnels GMF : progression du nombre d'utilisateurs; cible à définir selon les données probantes.
- Nombre d'interventions réalisées par les professionnels GMF : progression du nombre d'interventions; cible à définir selon les données probantes.
- Nombre d'infirmières qui ont le droit de prescrire : maintien de 100 % des infirmières ayant le droit de prescrire.
- Nombre d'IPSPL installées : 2 IPSPL.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube).
MOYENS
Soutenir les projets CoMPAS en s'assurant du déploiement du plan d'action.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable GMF-U : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Adjointe administrative GMF-U : assurer un support administratif. AACQ et gestionnaire GMF-U : assurer un support-conseil pour l'atteinte des résultats et un support administratif.
ÉCHÉANCES
Hiver 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Disponibilité de l'extraction REFLET;- Saisie adéquate des données cliniques. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Disponibilité du rapport de l'activité CoMPAS;- Extraction adéquate des données cliniques.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Indicateurs selon ceux des PA locaux : cible (à préciser) MPOC à améliorer de 30 % en 2019.

RLS DE RIMOUSKI

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets selon les effectifs disponibles.
MOYENS
Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux patients. Appliquer la Procédure « Vidons les guichets », lorsque requis. Utiliser les Lettres d'entente n° 304 et n° 321 lorsque possible. Recrutement médical.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu selon les départs.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Possibilité de recrutement en 2019. <u>Facteurs de contrainte</u> - Perte de 5 médecins en 2018; - Quatre départs en 2019; - Pas de recrutement en 2018.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS); - Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF inscrits avant 2016 : zéro en 2018; - Pourcentage d'usagers inscrits avec un niveau de priorité A ou B transférés dans les délais établis : 30 % en 2019.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer aux personnes inscrites sur le GAMF un accès minimum de services durant l'attente d'attribution

ACTIONS
S'assurer que les infirmières qui reçoivent les demandes des usagers orphelins réfèrent au besoin aux services dont l'offre est bonifiée.
MOYENS
Ajout d'une infirmière qui évalue les plaintes des usagers en attente (TA, glycémie capillaire, ausculte, etc.) et préciser la priorisation. Demande les profils médicamenteux des usagers et les transmet au nouveau médecin. Solliciter les médecins du RLS pour voir des usagers en attendant leur attribution (remplir des formulaires). Attribution de patients vulnérables et non vulnérables à des médecins volontaires de façon ponctuelle à chaque mois afin de réduire la liste de patients orphelins dans le contexte de pénurie médicale. Augmenter le nombre de médecins par le recrutement médical.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner l'implantation de nouvelles trajectoires. Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil, identifier les modèles possibles, évaluer la faisabilité et assurer un support administratif adéquat pour la gestion du nouveau service. Conseillère clinique en soins infirmiers : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences. Chefs du service de médecine générale et chef du service d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. TL : définir et proposer la nature et les services attendus.
ÉCHÉANCES
1 ^{er} janvier 2020

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Infirmière locale attitrée au guichet.

Facteurs de contrainte

- Guichet régional en restructuration;
- Surcharge de travail de l'infirmière qui est au GAMF et à l'accueil clinique secondaire aux multiples départs des 18 derniers mois;
- Pénurie médicale avec 9 départs entre le 1er janvier 2018 et le 30 juin 2019 (pour 2 arrivées en 2019) et plusieurs autres départs prévus dans la prochaine année.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de consultation des P4-P5 à l'urgence : réduction progressive des consultations.
- Nombre de références en maladies chroniques, santé mentale et organismes communautaires : augmentation progressive des consultations.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer la reconnaissance de la mission de l'enseignement.

ACTIONS
Amélioration continue de la qualité de l'enseignement.
MOYENS
Soutenir la démarche en documentant la charge et les impacts à l'aide de chiffres. Faire des représentations auprès du DRMG afin de déterminer le besoin en ETP pour l'enseignement.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : participer au mécanisme de révision de la charge de travail. Collaborateurs : CML et médecin responsable GMF-U : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Directrice de l'enseignement : assurer un soutien-conseil.
ÉCHÉANCES
Mars 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Mobilisation de l'équipe du GMF-U;- Équipe d'enseignement jeune et dynamique;- Ouverture éventuelle d'un centre délocalisé d'enseignement de préclinique de médecine à Rimouski associé à l'Université Laval. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pénurie médicale;- Peu d'intérêt des nouveaux facturants;- Pénurie médicale dans les cliniques privées dont la survie de certaines est menacée.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Formation d'un comité qui réévalue le besoin en ETP pour l'enseignement : comité fonctionnel;- Besoin en ETP pour assurer la qualité de l'enseignement : atteinte et maintien du besoin en ETP.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté pour les GMF ou les médecins intéressés. Offrir des formations magistrales régulièrement aux médecins intéressés. Effectuer une rencontre formelle, par les membres de l'Équipe de soutien au développement de l'AA, avec le médecin intéressé par l'Accès adapté. Prévoir des parrainages avec un médecin effectuant déjà l'Accès adapté pourrait être proposé aux médecins intéressés.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Organiser un sondage des médecins de son RLS pour déterminer leur intérêt et leurs besoins de formations et de suivis pour intégrer l'Accès adapté. Adjointe GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Plusieurs médecins ont déjà une approche de type Accès adapté;- Motivation de l'équipe médicale à offrir un meilleur suivi à leurs patients et à réduire les visites à l'urgence;- Soutien des différents secrétariats pour qui la tâche d'attribution des rendez-vous est ainsi facilitée. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pénurie et épuisement de l'équipe médicale;- Médecins qui font beaucoup de 2^e ligne et peu de bureau;- Beaucoup de médecins prévoient leur retraite au cours des 5 prochaines années, donc moins motivés à changer leur pratique.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux d'assiduité : maintenir un niveau supérieur à 80 % en continu;
- Pourcentage de médecins adhérent à l'accès adapté : 50 % en 2021.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Maintenir et améliorer les corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou les cliniques médicales privées pour les P4-P5. Améliorer la communication.
MOYENS
Préciser les diagnostics P4 et P5 adéquats à voir en bureau (selon les ressources disponibles). Soutenir les changements de pratique (accompagnement). Rencontrer les cliniques médicales avec les représentants de l'urgence et les infirmières du triage. Avoir accès à des plages infirmières GMF.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant la mise en place de la procédure.
Collaborateurs : Coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure, assurer la communication de l'information. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et un support administratif. Représentantes des infirmières de triage : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service. Représentants des cliniques privées non GMF : assurer la mobilisation médicale.
ÉCHÉANCES
Décembre 2018
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Reconnaissance du besoin;- TL fonctionnelle;- Beaucoup de plages de sans rendez-vous offertes par plusieurs GMF mais non comblées par des réorientations de l'urgence.
<u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Pas de sans rendez-vous disponible pour les usagers non-inscrits au GMF (Pénurie médicale et cibles d'accessibilités);- Les cliniques n'offrent pas toutes des plages;- Mobilisation médicale variable.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5 : 15 % en 2019 (MSSS);
- Taux de consultation des P4-P5 à l'urgence : réduction progressive de consultation P4-P5.

Objectifs régionaux en cours :

- **Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.**
- **Développer les soins intensifs à domicile.**

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD. Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Rencontres de sensibilisation des médecins « hospitalisateurs » et spécialistes. Rencontrer les cliniques médicales du territoire afin de définir les objectifs et une équipe à former. Faire reconnaître le système de garde. Développer une stabilité et une uniformité de travail multidisciplinaire. Tenir des rencontres interdisciplinaires statutaires. Développer des outils de communication efficaces entre les médecins et les professionnels. Recruter des médecins afin de former une équipe dédiée. Assurer la formation du personnel par le CISSS et fournir des outils de travail adéquats (portables).
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : définir et proposer la nature et les services attendus et assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, assurer la communication de l'information. CML et médecins responsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Médecins responsables des GMF : représenter les ressources médicales et assurer la communication.
ÉCHÉANCES
Automne 2019

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Modèle fonctionnel dans un RLS du BSL pour s'inspirer;
- Mobilisation médicale qui devrait amener une stabilité du personnel SAD par une meilleure structure de l'organisation et le soutien augmenté;
- Responsable médical du Services intensifs à domicile (SIAD) respecté, dynamique et motivé.

Facteurs de contrainte

- Roulement du personnel SAD;
- Pénurie médicale;
- Plusieurs GMF;
- Visions multiples et consensus difficile.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de consultation à l'urgence des usagers inscrits au SIAD et taux de réhospitalisation des usagers inscrits au SIAD : Définir les cibles de qualité par comparaison des indicateurs performants comparables versus la documentation pertinente disponible.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Accorder un soutien aux médecins qui assurent des services en heures défavorables

ACTIONS
Établir des modalités ou des mécanismes d'accès aux examens de laboratoire en tenant compte de la pertinence et de la qualité des services.
MOYENS
Viser un accès au système de prélèvements à toute la population de 8 h à 20 h en semaine et de 8 h à 12 h la fin de semaine et les jours fériés. Permettre les cultures rapides de la gorge jusqu'à 18 h ou 19 h. Permettre aux cliniques d'imprimer des étiquettes pour les échantillons prélevés.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne. Collaborateurs : CML : représenter les ressources médicales et assurer la communication. TL : définir et proposer la nature et les services attendus. Chef de service de première ligne, coordonnatrice DSP, pôle Est et Direction des services multidisciplinaires : assurer un soutien-conseil et identifier les modèles possibles et évaluer la faisabilité.
ÉCHÉANCES
1 ^{er} janvier 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Désengorgement des urgences;- Accès aux travailleurs (moins d'absentéisme);- Améliore la compliance;- Appuie des médecins d'urgence. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Financement;- Organisation des services du laboratoire en heures défavorables.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Nombre de consultations en heures défavorables en sans rendez-vous, nombre de consultations à l'urgence en raison du nonaccès aux prélèvements et nombre de prélèvements faits en heures défavorables : Progression du nombre d'utilisateurs – cible à définir selon les données probantes.- Taux de consultation des P4-P5 à l'urgence : Réduction progressive des consultations P4-P5.- Satisfaction de la clientèle et des médecins par un sondage : Progression de la satisfaction.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire.

Objectif régional en cours : Bonifier la collaboration efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS
S'assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.
MOYENS
Encourager le déploiement des OC de l'INESSS. Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Déjà des OC INESSS en place.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre d'OC de l'INESSS déployées : 3/5 dans les 4 GMF du territoire d'ici 2020.

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin;
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Recrutement médical. Utiliser les Lettres d'entente n° 304 et n° 321. Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu selon les départs.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Recrutement de 4 médecins en 2018;- Possibilité de remplacer les autres départs en 2019;- Mobilisation des médecins en GMF pour maintenir les inscriptions à > 15 000 afin de passer à un niveau supérieur au Programme GMF. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Perte de 7 médecins en 2016-2017;- Trois autres départs en 2019;- Lenteur du processus RAMQ.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS);- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF inscrits en 2016 ou moins :<ul style="list-style-type: none">▪ 2018 : 0 demande 2015 et moins;▪ 2019 : 0 demande 2016 et moins.- Ratio 500 patients/médecin chez le médecin de plus d'un an de pratique : 100 %.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer aux personnes inscrites sur le GAMF un accès minimum aux tests de dépistage et des services en maladies chroniques en santé mentale ou en soutien communautaire.

ACTIONS
S'assurer que les infirmières, qui reçoivent les demandes des clients orphelins, réfèrent au besoin.
MOYENS
Développer des trajectoires de référence en maladies chroniques, en santé mentale ou en soutien communautaire soutenues par des ententes formelles de services.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner l'implantation de nouvelles trajectoires.
Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil, identifier les modèles possibles, évaluer la faisabilité et assurer un support administratif adéquat pour la gestion du nouveau service. Conseillère clinique en soins infirmiers : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences.
ÉCHÉANCES
2020-2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Infirmière locale attitrée au guichet.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Guichet régional en restructuration; - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre de références en maladies chroniques, santé mentale, communautaire par l'infirmière du GAMF : système de référence efficace en place et augmentation progressive des références.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer une prestation continue de services médicaux dans les CHSLD

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale.
MOYENS
Utiliser la Lettre d'entente n° 327 si possible.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical CHSLD (assurer la mobilisation médicale).
Collaborateurs : DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service CHSLD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
Fonctionnel en décembre 2019.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Arrivée d'une IPSPL CHSLD à l'automne 2018; - Médecins en place qui désirent changer de secteurs d'activité pour le CHSLD.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Deux départs à la retraite dans l'équipe CHSLD en 2019.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Formation d'un groupe concerté : groupe fonctionnel à l'automne 2019. - Garde médicale 24/7 (garde pour le CHSLD, SAD et les soins palliatifs) : garde fonctionnelle en 2019.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation. Formations aux nouveaux médecins.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjointe GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et assurer un support administratif.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Bonne mobilisation de l'équipe médicale; - Projet régional de soutien à l'implantation de l'AA.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Pénurie médicale; - Médecins qui font beaucoup de 2 ^e ligne et peu de bureau.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité : maintenir un niveau supérieur à 80 % en continu. - Nombre de nouveaux médecins formés : 80 % de nouveaux médecins formés.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Développer des corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou cliniques médicales privées pour les P4-P-5.
MOYENS
Élaboration de procédures de référence.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant la mise en place de la procédure.</p> <p>Collaborateurs : CML : assurer la liaison entre l'établissement et les médecins. Coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure, assurer la communication de l'information. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et un support administratif.</p>
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;- Rendez-vous rapides offerts par certains médecins;- Sans rendez-vous tous les matins au GMF. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Pas de sans rendez-vous disponible pour les usagers non-inscrits au GMF;- Proximité de Rimouski, Matane et Amqui;- Non-reconnaissance du statut de l'urgence et absence d'octroi d'ETP lors de la distribution des PREM pour couvrir ce service.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Pourcentage des plages disponibles utilisées pour la réorientation (sauf annulation) :
 - 80 % en 2019;
 - 90 % en 2020;
 - 100 % en 2021.
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD. Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs). Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : définir et proposer la nature et les services attendus et assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, assurer la communication de l'information. CML et médecins responsables GMF : assurer la mobilisation médicale.
ÉCHÉANCES
2020-2021
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Garde médicale téléphonique déjà disponible et fonctionnelle 24/7. <u>Facteurs de contrainte</u> - Disponibilité inhalothérapeute insuffisante; - Roulement du personnel SAD; - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Garde médicale 24/7 pour le SAD et les soins palliatifs : garde fonctionnelle pour 2021. - Garde infirmière 24/7 : garde fonctionnelle pour 2021.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Passer à un GMF NIVEAU 4

ACTIONS
Viser l'inscription d'usagers afin de maintenir les 15 000 inscriptions pondérées malgré les départs de médecins prévus.
MOYENS
Identifier les médecins étant en mesure d'inscrire de nouveaux patients. S'assurer de facturer les bons codes afin d'obtenir la pondération en conséquence.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjointe GMF : assurer un support-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
2019-2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Mobilisation médicale et des professionnels; - Arrivée d'une IPSPL. <u>Facteurs de contrainte</u> - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Inscriptions pondérées : 15 000 inscriptions pondérées en 2019-2020.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS
<p>Unifier ou consolider la création de nouveaux modèles de services en recherchant la participation, entre autres, des pharmaciens communautaires et autres professionnels.</p> <p>Mettre en place un nombre d'OC ou identifier des modalités pour faciliter l'actualisation des OC dans une perspective d'une plus grande collaboration interprofessionnelle.</p> <p>Favoriser l'intégration des IPSPL.</p>
MOYENS
<p>Développer des pratiques partagées (IPS, pharmaciens communautaires, travailleurs sociaux, etc.) pour des services de proximité (maintien à domicile, etc.) et pour favoriser la continuité des soins et de la qualité.</p> <p>Encourager le déploiement des OC de l'INESSS.</p> <p>Soutenir la personne vulnérable avec des outils d'autosoins.</p> <p>Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels.</p>
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsables : Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.</p> <p>Collaborateurs : CML et chef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale. Chef de service première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Conseillère clinique en soins infirmiers en première ligne : assurer un soutien-conseil afin d'intégrer l'IPSPL, offrir l'accompagnement nécessaire. Chef de service CHSLD : soutenir l'intégration de l'IPSPL. Pharmacienne GMF : assurer un soutien-conseil afin de faciliter son intégration.</p>
ÉCHÉANCES
<p>En continu.</p>
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Recrutement IPSPL;- Implication de la pharmacienne GMF. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Réticence des pharmacies communautaires.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Nombre d'OC de l'INESSS déployées : 3/5 d'ici 2020.
- Nombre d'infirmières qui ont le droit de prescrire : 100 % en 2021.
- Nombre d'IPSPL installées : une IPS installée en 2019.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube).
MOYENS
Soutenir le déploiement des plans d'action des ateliers CoMPAS. Suivre la fiche de projet A3 des ateliers CoMPAS. Utiliser le Cube maladies chroniques afin de sortir les données administratives en lien avec le volume d'activité en maladies chroniques. Utilisation de REFLET avec le DMÉ.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe administrative GMF : assurer un support administratif. Chef de service de première ligne : assurer un support-conseil et administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Support régional. <u>Facteurs de contrainte</u> - Motivation des médecins.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Indicateurs selon ceux du PA local : à définir après la formation d'octobre 2018.

RLS LA MATAPÉDIA

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé.

Objectifs régionaux en cours :

- Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin.
- Épuration ferme et définitive pour les demandes de 2016 et moins.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Utiliser les L.E. n° 304 et n° 321 lorsque main-d'œuvre disponible. Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu. Selon les effectifs en place.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;- Malheureusement, le GMF doit cesser de voir les usagers orphelins au sans rendez-vous afin d'améliorer son leur taux d'assiduité;- Guichet régional en restructuration. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Taux d'assiduité à 72,6 %, donc lors des prochains départs, ils doivent désinscrire les usagers afin de ne pas nuire à leur taux d'assiduité;- Deux départs avec grosses clientèles;- Pénurie d'effectifs depuis plusieurs années. (PREM comblé à 77 %.);- Difficulté d'application de la L.E. 304 en raison du faible taux d'assiduité de certains médecins. (refus de la RAMQ).
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Taux d'inscriptions : 85 % en mars 2019 (CISSS 92,5 % en mars 2019);- Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF :<ul style="list-style-type: none">▪ Demandes 2015 et 2016 épurées en 2018.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer aux personnes inscrites sur le GAMF un accès minimum aux tests de dépistage et des services en maladies chroniques, en santé mentale ou en soutien communautaire.

ACTIONS
S'assurer que les infirmières qui reçoivent les demandes des clients orphelins réfèrent au besoin.
MOYENS
Développer des trajectoires de référence en maladies chroniques, en santé mentale ou en soutien communautaire soutenues par des ententes formelles de services. S'assurer qu'une ressource soit disponible pour faire des triages téléphoniques aux usagers orphelins depuis plus d'un an. Développer des OC pour des tests de dépistage.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner l'implantation de nouvelles trajectoires. Collaborateurs : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil, identifier les modèles possibles, évaluer la faisabilité et assurer un support administratif adéquat pour la gestion du nouveau service. Conseillère clinique en soins infirmiers : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences.
ÉCHÉANCES
Mars 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Processus déjà effectué avec succès en mars 2016; - Des ordonnances pour les cliniques de transition déjà déployées au BSL sont disponibles. <u>Facteurs de contrainte</u> - Disponibilité de la main-d'œuvre infirmière pour faire le triage; - Disponibilité de l'IPSPL (congé de maternité non remplacé).
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre d'usagers triés et nombre d'usagers évalués : Mise en place d'un service. Dépistage fonctionnel à l'automne 2019. 20 % des usagers orphelins plus d'un an rejoints et dépistage prescrit.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer une prestation continue de services médicaux dans les CHSLD.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale.
MOYENS
Utiliser la Lettre d'entente n° 327.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Gestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : DSPa, gestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service CHSLD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
Automne 2018. Discussion en cours.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> <ul style="list-style-type: none">- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;- Tous les médecins continuent de suivre leurs patients une fois le transfert en CHSLD. <u>Facteurs de contrainte</u> <ul style="list-style-type: none">- Certains médecins ne font pas de visites en CHSLD;- Éloignement géographique du CHSLD.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<ul style="list-style-type: none">- Formation d'un groupe concerté : groupe fonctionnel à l'hiver 2019.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Assurer la poursuite de la prise en charge de clientèles particulières dans un contexte de pénurie chronique.

ACTIONS

Maintenir l'offre en santé mentale, en oncologie et jeunesse.

MOYENS

Assurer que les TS puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.

Maintenir les services concertés en oncologie et la garde.

Poursuivre les services aux jeunes au GMF et au CLSC de Causapscal et non plus à la polyvalente.

Développer un service de cytologie par les infirmières.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsables :

Médecins responsables du GMF : assurer la mobilisation médicale.

Collaborateurs :

Médecins participant aux différents services : représenter les ressources médicales et assurer la communication.

ÉCHÉANCES

En continu

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Bonne mobilisation de l'équipe médicale;
- Tous les médecins continuent de suivre leurs patients au GMF;
- Bonne collaboration médico-infirmière.

Facteurs de contrainte

- Disponibilité de main-d'œuvre des infirmières pour ces programmes.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Services répondant au besoin. Degré de satisfaction de la clientèle : Services répondant au besoin, en place.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjointe GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
Juin 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Bonne mobilisation de l'équipe médicale.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Certains médecins font beaucoup de 2 ^e ligne et peu de bureau; - Pénurie médicale; - Difficulté d'adhérer à l'accès adapté pour les médecins œuvrant en obstétrique (car suivi de patientes non inscrites à leur nom).
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité : 75 % en 2019; - Pourcentage d'adhésion à l'accès adaptée : 75 % en 2019; - Troisième rendez-vous : amélioration des délais pour le 3 ^e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Augmenter l'accès à leur médecin ou à un autre médecin du GMF.
MOYENS
Disponibilité de plages de rendez-vous et sans rendez-vous chaque jour (ajout de 10 à 15 plages/jour). Faciliter l'accès aux plateaux techniques pour les examens de laboratoire ou de radiologie.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable GMF : participer à la création de mécanismes favorisant la mise en place de la procédure et assurer la liaison entre l'établissement et les médecins.
Collaborateurs : Chef du service de médecine générale et chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. CML : assurer la mobilisation médicale. Adjointe GMF : assurer un support administratif. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure, assurer la communication de l'information. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et un support administratif.
ÉCHÉANCES
Juin 2019
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Bonne mobilisation de l'équipe médicale.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Peu d'attente à l'urgence; - Pas de plateaux techniques au GMF; - Réorientation tentée, mais pas efficace.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5 : 15 % de réorientation (MSSS).
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS

Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD.

Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.

Améliorer la circulation de l'information bidirectionnelle (médecins/équipe SAD).

MOYENS

Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs).

Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.

Renforcer le rôle des infirmières de liaison, pivots, gestionnaires de cas, pour les clientèles SAD.

Améliorer des communications par la transmission bidirectionnelle des notes cliniques.

Soutenir l'implantation du programme SERG en informant les médecins au fur et à mesure des changements en cours.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsable :

Cogestionnaire médical SAPA : définir et proposer la nature et les services attendus et assurer la mobilisation médicale.

Collaborateurs :

DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services.

Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service et assurer la communication de l'information.

Conseillère clinique en soins infirmiers : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences.

ÉCHÉANCES

Selon le déploiement de la garde infirmière.

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Les médecins font déjà des suivis à domicile;
- Garde médicale fonctionnelle avec déplacement au besoin.

Facteurs de contrainte

- Pas d'équipe dédiée, donc pour le SIAD, possiblement réorganisation nécessaire;
- Garde infirmière 24/7 non disponible;
- Pénurie de main-d'œuvre en personnel infirmier et médical;
- Étendue du territoire.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Garde infirmière 24/7 : Garde fonctionnelle – Infirmière pivot en place.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS

Assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées.

Unifier ou consolider la création de nouveaux modèles de services en recherchant la participation, entre autres, des pharmaciens communautaires et autres professionnels.

Mettre en place un nombre d'OC ou identifier des modalités pour faciliter l'actualisation des OC dans la perspective d'une plus grande collaboration interprofessionnelle.

Favoriser l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL).

MOYENS

Développer des pratiques partagées, plus spécifiquement avec IPS et le pharmacien du GMF pour des services de proximité et pour favoriser la continuité des soins et la qualité.

Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels.

Intégrer une IPSPL à l'équipe du CHSLD.

Faciliter l'application, par les pharmaciens, des modalités incluses dans la Loi 41, Loi modifiant la Loi sur la pharmacie.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS

Responsables :

Médecin responsable GMF : assurer la mobilisation médicale.

Collaborateurs :

Chef de service de première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et un support administratif.

Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.

ÉCHÉANCES

Fonctionnel juin 2019.

IPSPL CHSLD lorsque disponible.

FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES

Facteurs de réussite

- Intégration prochainement d'un pharmacien au GMF.

Facteurs de contrainte

- Problème de pénurie en pharmacie;
- Pas d'IPSPL disponible.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Nombre d'utilisateurs différents rencontrés avec les professionnels GMF (pharmaciens et IPSPL) : progression du nombre d'utilisateurs; cible à définir selon les données probantes.
- Nombre d'interventions réalisées par les professionnels GMF (pharmaciens et IPSPL) : Progression du nombre d'interventions; cible à définir selon les données probantes.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive.

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube).
MOYENS
Soutenir le projet CoMPAS. S'assurer du déploiement du plan d'action des ateliers CoMPAS.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsables : Médecin responsable GMF : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Adjointe administrative GMF : assurer un support administratif. Chef de service de première ligne : assurer un support-conseil et administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats. Infirmière en maladies chroniques : assurer un support-conseil.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Support régional. <u>Facteurs de contrainte</u> - Motivation des médecins; - Accès au DMÉ des professionnels; - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
Indicateurs selon ceux du PA local : - Fixer les cibles et les échéances; - Distribution et actualisation du passeport MPOC (2019).

RLS LA MATANIE

Objectif général : Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé

Objectif régional en cours : Assurer une prise en charge des usagers devenus orphelins à la suite du départ d'un médecin.

ACTIONS
Vider les guichets.
MOYENS
Appliquer la Procédure « Vidons les guichets ». Utiliser les L.E. n° 304 et n° 321 selon les situations. Sollicitation individuelle des médecins à prendre en charge de nouveaux usagers. Recrutement médical.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : CML : répondante médicale pour le GAMF et coordonner la distribution des usagers en attente. Collaborateur : Chef de service de première ligne : assurer un soutien-conseil et un support administratif adéquat pour la gestion du guichet.
ÉCHÉANCES
En continu
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Recrutement de nouveaux médecins. <u>Facteurs de contrainte</u> - La L.E. no 321 demande de respecter un pourcentage de clients vulnérables; - Usagers attribués par le GAMF ou le guichet local d'accès - Inscription dans un délai de 60 jours - Infolettre 072-29 mai 2018 a nui à leur processus local.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'inscriptions : 92,5 % en mars 2019 (MSSS); - Nombre d'usagers orphelins sur le GAMF qui ont été attribués dans les délais prescrits : <ul style="list-style-type: none">▪ 70 % en 2019;▪ 75 % en 2020.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Favoriser l'arrimage entre les services de première ligne et les services spécialisés.

ACTIONS
<p>Établir des modalités ou des mécanismes d'accès aux médecins spécialisés en tenant compte de la pertinence et de la qualité des services (corridors, accueil clinique, guichet d'investigation et ententes entre les RLS).</p> <p>Améliorer la circulation de l'information bidirectionnelle (requêtes électroniques, retour de consultation, etc.).</p>
MOYENS
<p>Soutenir le déploiement de l'accueil clinique.</p>
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
<p>Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne.</p> <p>Collaborateurs : Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et identifier les modèles possibles et évaluer la faisabilité. Conseillère clinique en soins infirmiers : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, offrir les formations particulières ou de l'accompagnement dans le développement de certaines compétences.</p>
ÉCHÉANCES
<p>2019</p>
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<p><u>Facteurs de réussite</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mobilisation médicale;- Protocoles existants à Rimouski. <p><u>Facteurs de contrainte</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Mobilité du personnel;- Disponibilité de la main-d'œuvre infirmière.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
<p>Nombre de protocoles d'accueil clinique implantés dans le RLS :</p> <ul style="list-style-type: none">- 4 protocoles en 2019;- 7 protocoles en 2020.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Former une équipe médicale pour le suivi des usagers en oncologie.

ACTIONS
Collaborer à mettre en place une équipe médicale pour l'évaluation préchimiothérapie pour la clientèle d'oncologie afin de permettre aux usagers de recevoir leur traitement de chimiothérapie au sein de leur RLS.
MOYENS
Définir le rôle de l'équipe et faire un arrimage pour faciliter la continuité des soins. Évaluer l'efficacité des mesures mises en place en déterminant des indicateurs de suivi et des modalités de saisie de données. Améliorer les mécanismes de communications. Recruter de nouveaux médecins pour la clinique d'oncologie.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les médecins de la clinique d'oncologie et la deuxième ligne à Rimouski. Collaborateurs : Médecin responsable de la clinique d'oncologie : assurer l'organisation médicale locale. Gestionnaire : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, assurer la communication de l'information et soutenir l'équipe médicale.
ÉCHÉANCES
En cours et fonctionnel à l'automne 2020.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Mobilisation médicale et du personnel. <u>Facteurs de contrainte</u> - Mobilité du personnel; - Départ de médecins; - Circulation de l'information entre les médecins de Rimouski et les médecins de La Matanie.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Services en place pour offrir les traitements de chimiothérapie à l'Hôpital de Matane : services répondant au besoin en place.
- Pourcentage du nombre d'usagers recevant leur chimiothérapie à Matane par rapport au total admissible :
 - 50 % en 2019;
 - 55 % en 2020;
 - 60 % en 2021.
- Degré de satisfaction de la clientèle évalué par un sondage chez les usagers et les médecins :
 - 75 % en 2020;
 - 80 % en 2021.
- Nombre de médecins formés participant à ce service : 100 % des médecins.

Objectif général : Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille.

Objectif régional en cours : Promouvoir et soutenir le déploiement de l'Accès adapté.

ACTIONS
Identifier l'offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation.
MOYENS
Impliquer les chargés de projet pour soutenir la démarche de gestion du changement afin d'implanter l'Accès adapté.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Coresponsable du GMF : soutenir le médecin responsable. Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Adjointe GMF : collaborer avec l'équipe de soutien au développement de l'AA, assurer un support administratif et transmettre l'information aux membres du GMF. Équipe de soutien au développement de l'AA : soutenir le GMF avec l'implantation de l'AA. Chef de service première ligne : assurer un soutien-conseil et assurer un support administratif.
ÉCHÉANCES
2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteur de réussite</u> - Mobilisation médicale et du personnel.
<u>Facteurs de contrainte</u> - Médecins qui font beaucoup de 2 ^e ligne et peu de bureau. - Pénurie médicale.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Taux d'assiduité : 80 % en 2019. - Pourcentage de médecins adhérent à l'accès adapté : 70 % en 2020. - Délai du 3 ^e rendez-vous : diminution progressive des délais pour le 3 ^e rendez-vous.

Objectif régional en cours : Réduire les consultations P4-P5 à l'urgence.

ACTIONS
Développer des corridors de services entre l'urgence et les GMF et/ou cliniques médicales privées pour les P4-P5.
MOYENS
Élaboration des procédures de référence. Soutenir les changements de pratique (accompagnement). Standardiser la saisie des données et les formations.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Coresponsable du GMF : soutenir le médecin responsable. Gestionnaire de l'urgence : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place la procédure et assurer la communication de l'information. Chef du service de médecine d'urgence : représenter les ressources médicales et assurer la communication. Chef de service première ligne et coordonnatrice DSP, pôle Est : assurer un soutien-conseil et assurer un support administratif.
ÉCHÉANCES
2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteur de contrainte</u> - Mobilisation médicale difficile.

INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS

- Taux de réorientation des P4-P5: 15 % en 2019 (MSSS);
- Taux de réduction de consultation des P4-P5 à l'urgence :
 - 3 % en 2019;
 - 5 % en 2020;
 - 10 % en 2021.
- Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 h :
 - 85 % en 2019;
 - 90 % en 2020.
- Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 h :
 - 85 % en 2019;
 - 95 % en 2020.
- Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence :
 - 7 h en 2019;
 - 7 h en 2020.

Objectif régional en cours : Développer une vision de développement des services en heures défavorables et d'une garde 24/7 pour la clientèle vulnérable.

ACTIONS
Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du CISSS et du Forum SAD. Viser le maintien de l'autonomie pour la population vieillissante afin de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté.
MOYENS
Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus les services intensifs). Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Cogestionnaire médical SAPA : assurer la mobilisation médicale. Collaborateurs : Chef du service de médecine générale : représenter les ressources médicales et assurer la communication. DSPa, cogestionnaire SAPA : coordonner l'organisation des services. Gestionnaire du service SAD : assurer un soutien-conseil afin de mettre en place le service, assurer la communication de l'information.
ÉCHÉANCES
En cours, fonctionnel en 2020.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Garde médicale fonctionnelle; - Les médecins se déplacent déjà à domicile.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Équipe SIAD (médicale et soins infirmiers) : équipe fonctionnelle en 2020.

Objectif général : Favoriser la collaboration interdisciplinaire

Objectif régional en cours : Augmenter la collaboration interdisciplinaire efficace entre les omnipraticiens et les professionnels pour favoriser l'accès à la première ligne.

ACTIONS
Favoriser l'intégration des IPSPL.
MOYENS
Développer des pratiques partagées IPS pour favoriser la continuité des soins et la qualité.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Médecin responsable du GMF : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Coresponsable du GMF : soutenir le médecin responsable. DSI-répondante : assurer un soutien-conseil afin d'intégrer l'IPSPL, offrir l'accompagnement nécessaire.
ÉCHÉANCES
2020
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteur de réussite</u> - Médecins partenaires déjà choisis.
<u>Facteur de contrainte</u> - Recrutement IPS difficile.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Nombre d'IPSPS d'installée: 1 nouvelle IPSPL d'ici 2020.

Objectif spécifique déterminé par le RLS : Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive

ACTIONS
Déploiement des projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube).
MOYENS
Soutenir le projet CoMPAS et déployer le plan d'action.
RÔLES ET RESPONSABILITÉS
Responsable : Chef du service de médecine générale : assurer la mobilisation médicale.
Collaborateurs : Médecins coresponsables GMF : assurer la mobilisation médicale. Adjointe administrative GMF : assurer un support administratif. Chef de service de première ligne : assurer un support-conseil et un support administratif. Représentant régional des maladies chroniques : assurer un soutien-conseil pour l'atteinte des résultats.
ÉCHÉANCES
Formation CoMPAS en octobre 2018. À voir par la suite.
FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONTRAINTES
<u>Facteurs de réussite</u> - Support régional; - Motivation des médecins.
INDICATEURS/RÉSULTATS ATTENDUS
- Indicateurs selon ceux du PA local : fixer les cibles et les échéances.

SUIVI ET ÉVALUATION

Cibles intermédiaires et indicateurs de performance

Nous avons intégré les indicateurs et les cibles attendues dans la section des objectifs. Nous avons fixé, en collaboration avec chaque RLS, des indicateurs pour suivre l'évolution des objectifs choisis par leur table locale. Nous avons aussi travaillé en collaboration avec la direction de la santé publique (DSPu) et celle de la qualité, évaluation, performance, éthique clinique (DQEPE) afin de mieux cibler les indicateurs et les résultats attendus.

CONCLUSION

Nous avons identifié les principaux objectifs et moyens pour permettre l'accès aux services de la première ligne. Les axes d'actions proposées par le DRMG du Bas-Saint-Laurent, de concertation avec le DSP, s'appuient en continuité sur les acquis et précisent les conditions incontournables afin de soutenir l'intégration des réseaux de services médicaux.

Le PROS sera en évolution, telle que la transformation du réseau en cours et l'arrivée de nouvelles lois et de nouveaux règlements ministériels apportant de nouveaux enjeux d'harmonisation des services de proximité sur tout le territoire en lien avec sa gouverne. Des travaux devront être entrepris avec les différentes instances médicales afin d'harmoniser les règlements et obligations des médecins de famille en considérant les enjeux de la première et de la deuxième ligne. Une régionalisation des politiques et des procédures sur tout le territoire, en ce qui concerne la dispensation des soins de première ligne, est à faire.

Une attention particulière est dévolue pour les clientèles vulnérables sans médecin de famille. Avec l'engagement partagé des différents acteurs, le DRMG est persuadé que ce PROS saura appuyer les actions pertinentes pour que les services de proximité jouent pleinement leur rôle. Ainsi, en soutien aux équipes et au service de la population, l'organisation des services médicaux confortera l'accès à un professionnel, travaillant au sein d'une équipe interdisciplinaire, accompagnant le cheminement des usagers à travers des fonctions d'accueil, d'évaluation, de diagnostic, d'orientation et de suivi des clientèles pour toute la gamme de services dispensés par les médecins de famille au Bas-Saint-Laurent.

ANNEXES

ANNEXE 1 - Organisation des services de première ligne

Gouvernance médicale en médecine de famille

Organisation des services de première ligne

Département régional de médecine générale

Coordonnateurs médicaux locaux

Direction des services professionnels

Département de médecine générale

Adopté le 8 septembre 2016
Coordonnateurs médicaux locaux

Adopté le 20 septembre 2016
Département régional de médecine générale

Révisé et adopté le 13 juin 2017
Département régional de médecine générale

Révisé et adopté le 15 mai 2018
Département régional de médecine générale

Révisé et adopté le 23 octobre 2018
Département régional de médecine générale

(Version 1.3)

Mise en contexte

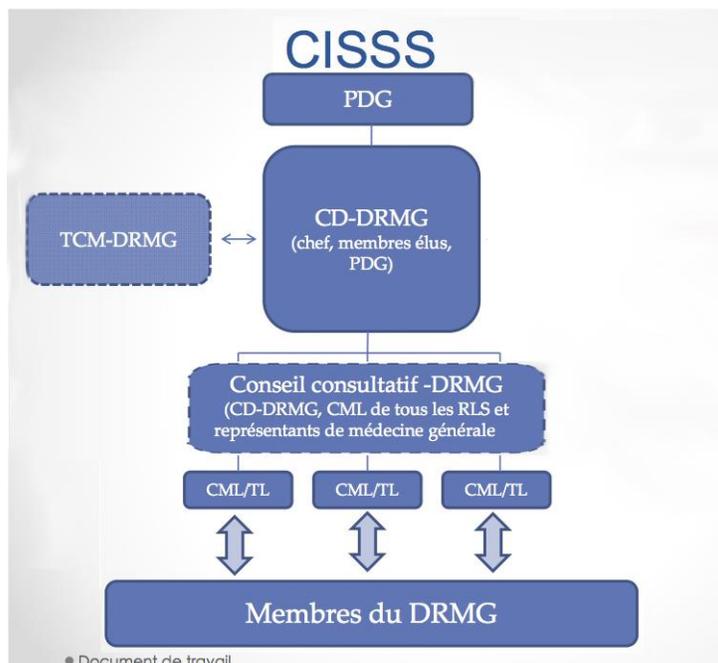
Depuis plusieurs années, le Bas-Saint-Laurent a été avant-gardiste et a priorisé et soutenu l'organisation des services de première ligne en santé physique. Dans le contexte de transformation du réseau, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-Saint-Laurent a maintenu ses liens privilégiés avec le Département régional de médecine générale (DRMG) afin de poursuivre les travaux amorcés et maintenir la mobilisation des médecins de première ligne. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) propose un modèle de gouverne qui appuie cette continuité.

Le DRMG est responsable de l'organisation et de la coordination des services médicaux de première ligne. En concordance avec le modèle de gouvernance proposé par le MSSS, le DRMG adopte un modèle qui favorise la collaboration avec les différents acteurs de la première ligne, soit la direction générale, la Direction des services professionnels (DSP), les coordonnateurs médicaux locaux (CML), le Département de médecine générale et les tables locales (TL) de chaque réseau local de services (RLS). Nous vous présentons la gouvernance médicale en médecine de famille et les mandats des différentes instances.

Afin de mieux exercer son rôle de conseiller auprès de la direction du CISSS du Bas-Saint-Laurent, un comité consultatif (CC) DRMG est mis en place. Il aura surtout comme objectifs d'appuyer les dirigeants et les gestionnaires à relever les défis organisationnels auxquels ils font face en première ligne. Sa valeur ajoutée permettra aux médecins de la première ligne de participer à la réflexion stratégique sur les enjeux ciblés et, entre autres, facilitera le déploiement de notre plan régional d'organisation des services médicaux généraux.

À noter que les enjeux liés à l'arrimage entre la première ligne et la deuxième ou la troisième ligne seront adressés à la table des chefs où sont présentes la DSP, les différentes chefferies de la médecine de famille et de spécialités ainsi que les CML.

Modèle proposé par le MSSS



Mandat de la présidente-directrice générale

- Superviser le bon fonctionnement et la gouverne de l'organisation des services de première ligne.

Mandat de la DSP

- Assurer le soutien pour le bon fonctionnement et la gouverne de l'organisation des services de première ligne.
- Assurer la mise en place des orientations ministérielles en première ligne et du plan d'action.
- Assurer l'atteinte des cibles de l'entente de gestion CISSS/MSSS.

Mandat du Comité de direction (CD) DRMG en lien avec les TL de médecine générale

- Assurer les activités d'organisation et de coordination des services de première ligne du territoire bas-laurentien.
- Mettre sur pied une TL du DRMG dans chacun des territoires de RLS afin de l'appuyer dans ce mandat.

- Nommer les médecins coordonnateurs à la suite d'une recommandation du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) dans chaque RLS qui est sous son autorité.
- Déterminer les priorités d'action des coordonnateurs en lien avec leur rôle.
- Impliquer les CML et les TL pour la réalisation des mandats du DRMG décrits dans la LSSSS (plan régional d'organisation des services, plan régional d'effectifs médicaux, activités médicales particulières (AMP), etc.)

Mandat du CC-DRMG

Le CC-DRMG est un comité qui relève du CD-DRMG. Il regroupe les CML, les membres du CD-DRMG, la DSP et le chef du Département de médecine générale. Par son mandat, le CD-DRMG peut inviter au CC-DRMG des représentants pertinents selon les besoins régionaux, soit des représentants de médecine générale ou de directions du CISSS. Le CC-DRMG permet d'échanger sur les orientations stratégiques du CISSS en première ligne. Par la suite, les orientations du DRMG sont transmises à l'ensemble de ses membres via les représentants locaux présents.

Composition

- Président :
 - Chef du DRMG.
- Membres réguliers :
 - CD-DRMG;
 - CML;
 - Chef de département de médecine générale;
 - DSP;
 - Directeur médical adjoint de première ligne;
 - Président du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP);
 - Médecin-conseil de la DSP – Services médicaux de première ligne.
- Membres invités selon l'ordre du jour :
 - Chef du service d'urgence ou chef de département d'urgence;
 - Chef de service d'obstétrique;
 - Chef de service en soins palliatifs
 - Médecins désignés par programme - services (ex. : santé mentale, SAPA, maladies chroniques, services généraux, jeunes en difficulté, etc.);
 - Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL);
 - Pharmaciens (communautaire ou établissement);
 - Un représentant de la Direction des soins infirmiers (DSI), de la Direction des services multidisciplinaires, etc.;
 - Coordinatrices des services professionnels, pôle Est et pôle Ouest;
 - Autres au besoin.

Mode de fonctionnement CC-DRMG

Fréquence des rencontres : 3 à 4 rencontres par année avec un agenda standardisé.

Durée des rencontres : 4 heures.

Préparation des rencontres :

- Le chef du DRMG, les représentants de la DSP et le médecin-conseil de la DSP – Services médicaux de première ligne se rencontrent pour préparer l'ordre du jour;
- L'ordre du jour est transmis à tous les membres réguliers;
- L'invitation est transmise aux membres non réguliers selon l'ordre du jour;
- L'arrimage, si nécessaire, se fait avant les rencontres.

Rencontre :

- L'animation est faite par le chef du DRMG;
- Les rencontres ont lieu avant celles du CD-DRMG;
- Le volet administratif est traité en début de rencontre permettant aux gestionnaires d'y assister;
- Le volet médical est traité en deuxième lieu.

Sous-comités :

- Des sous-comités de travail seront formés au besoin.

Suivi des rencontres :

- En cogestion avec les mandats conjoints du DRMG et du DSP.

Compte rendu :

- Produit par l'agente administrative de la DSP.

Mandat des TL de médecine générale pour le RLS

- S'approprier localement les orientations régionales des services de santé de la première ligne afin de répondre aux besoins de la population et de suggérer des options de résolution de problématiques.
- Définir et proposer la nature et les services attendus en ce qui concerne l'accessibilité et la prise en charge médicale par le médecin ou l'équipe de professionnels avec le souci d'améliorer les conditions de pratique et d'organisation des services médicaux.
- Soutenir et donner des avis aux instances médicales concernées sur le réseau de garde (maintien à domicile, soins palliatifs, centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), hébergement, etc.) et les ententes de services avec le CISSS du Bas-Saint-Laurent (ex. : l'accès aux plateaux techniques en heures défavorables, l'arrimage avec les services spécialisés ainsi qu'avec les différents programmes et services, etc.).

- Participer, en soutien au CD-DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région, notamment pour les services médicaux de première ligne, afin d'alimenter les réflexions sur les plans d'effectifs médicaux (PEM) en établissement et hors établissement qui sont proposés au Ministre.
- Participer, en soutien au CD-DRMG, à la reconnaissance des AMP en lien avec les priorités de recrutement.

Composition

- Coprésidents :
 - CML;
 - Chefs de service clinique en médecine générale.
- Membres réguliers :
 - Chef de service de la première ligne, pôle Est ou pôle Ouest (administratif);
 - Représentativité des médecins par secteurs d'activités, à déterminer par les TL :
 - Cabinets privés;
 - Groupes de médecine de famille (GMF);
 - Installation - CHSLD;
 - Centre local de services communautaires (CLSC);
 - Unité de médecine familiale (UMF);
 - Membres réguliers présents au besoin :
 - DSP;
 - Directeur médical adjoint de première ligne;
 - Chef du DRMG;
 - Représentant du RLS au CD-DRMG
 - Chef de département de médecine générale;
 - Coordonnatrices des services professionnels, pôle Est ou pôle Ouest;
 - Médecin-conseil de la DSP – Services médicaux de première ligne.
- Membres invités selon l'ordre du jour :
 - Chef du service d'urgence ou de département d'urgence;
 - Chef de service d'obstétrique;
 - Chef de service en soins palliatifs;
 - Médecins désignés par programme - services (ex. : santé mentale, SAPA, maladies chroniques, services généraux, jeunes en difficulté, etc.);
 - IPSPL;
 - Représentant du RLS au CD-DRMG;
 - Pharmaciens (communautaire ou établissement);
 - Un représentant de la DSI, de la Direction des services multidisciplinaires, etc.;
 - Autres au besoin.

Mode de fonctionnement des TL

Fréquence des rencontres : 4 rencontres par année avec un agenda standardisé.

Durée des rencontres : 2 heures.

Préparation des rencontres :

- Les deux coprésidents et le chef de service de la première ligne se rencontrent pour préparer l'ordre du jour;
- L'ordre du jour est transmis à tous les membres réguliers;
- L'arrimage, si nécessaire, se fait avant la rencontre;
- L'invitation est transmise aux membres non réguliers selon l'ordre du jour.

Rencontre :

- L'animation se fait par les deux coprésidents;
- L'horaire est établi avec les membres de la TL afin de favoriser la participation des médecins ainsi que celle des participants du volet administratif;
- Le volet administratif sera traité en début de rencontre afin de permettre aux gestionnaires d'y assister;
- Le volet médical sera traité en deuxième lieu.

Compte rendu : dicté par un des médecins de la table et produit par l'agente administrative de la DSP. Une copie sera transmise au médecin-conseil de la DSP – Services médicaux de première ligne.

Mandats des coordonnateurs (Infolettre 224)

- Collaborer et participer, en soutien au DRMG, au fonctionnement des TL de médecine générale pour le RLS.
- Agir à titre de répondant médical pour le guichet d'accès à la médecine de famille. À ce titre, il participe à la référence de certains patients de son territoire en attente au guichet, notamment ceux qui attendent au-delà des délais prescrits pour l'inscription. Il octroie aussi aux médecins de famille, conformément aux critères convenus par les parties négociantes, le supplément pour l'inscription de certains patients particulièrement vulnérables.
- Assurer la liaison entre l'établissement et les médecins des GMF, des Groupe de médecine de famille réseau (GMF-R), des Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U), des cliniques réseaux, des UMF, des CLSC et des cabinets du territoire.
- Participer à la création de mécanismes favorisant une coordination efficace entre les services médicaux de première ligne, de deuxième ligne ainsi que les services médicaux spécialisés (plateau diagnostique et thérapeutique).

- Faciliter le fonctionnement des réseaux de première ligne particulièrement au regard de l'organisation d'une garde locale, du partage de l'offre de services pour les heures défavorables, des services diagnostiques accessibles aux médecins omnipraticiens et de la définition des projets cliniques sur son territoire.
- Participer, en soutien au CD-DRMG, à l'élaboration des priorités de recrutement dans la région, notamment pour les services médicaux de première ligne afin d'alimenter les réflexions sur les PEM en établissement et hors établissement qui sont proposés au Ministère.

ANNEXE 2 – Priorité d’actions 2017-2018 du comité consultatif

Priorités d’actions 2017-2018 du comité consultatif – Département régional de médecine générale - Organisation des services de première ligne

OBJECTIFS	LIVRABLES	MOYENS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
Consolidation de la gouverne en première ligne	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation du nouveau CC-DRMG. • Maintenir la mobilisation des médecins de première ligne en lien avec les enjeux de l'accès. • Soutenir une culture de gestion médico-administrative à chaque niveau. • Assurer une stabilité des communications médico-administratives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer les priorités d'action 2017-2018. • Utiliser les tables locales afin d'être à l'écoute des besoins des médecins de première ligne et les consulter sur les orientations de la Direction des services professionnels (DSP) et du Ministère. • Impliquer les médecins quant aux décisions de gouverne. • Établir parallèlement avec les gestionnaires et les médecins des mécanismes de communications clairs et les formaliser afin d'assurer une stabilité en cas de mobilité du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nbre de rencontres • Nbre de rencontres • Nbre de comités de cogestion et taux de participation des médecins • Nbre de procédures ou trajectoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Automne 2017 /Réalisé • En continu 2017-2018 • En continu • Hiver 2018
Favoriser l'accès à un médecin ou à un professionnel de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre le guichet d'accès régional performant pour la clientèle orpheline (GACO). 	<ul style="list-style-type: none"> • Bien circonscrire le besoin de soutien des coordonnateurs médicaux locaux et définir des trajectoires simples lors de besoins ponctuels. • Faciliter l'accès aux données GAMF aux coordonnateurs médicaux locaux et bien cibler avec eux les données pertinentes qui répondent à leurs besoins. • Favoriser l'application de la procédure « Vidons les guichets » et l'épuration de la liste d'attente. • Poursuivre l'arrimage entre les services de première ligne et spécialisés, notamment par les centres de répartition des demandes de services. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nbre de trajectoires • Tableau de bord • Listes d'attente • Nbre de formulaires non conformes 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiver 2018 • Automne 2017 • En continu • En continu

**Priorités d'actions 2017-2018 du comité consultatif –
Département régional de médecine générale - Organisation des services de première ligne**

OBJECTIFS	LIVRABLES	MOYENS	INDICATEURS	ÉCHÉANCIERS
<p align="center">Favoriser l'accès en temps opportun aux médecins de famille</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir le déploiement de l'Accès adapté (gestion du changement) • Déploiement de l'offre médicale à domicile selon l'engagement du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) et (Forum des soins à domicile (SAD)). • Déterminer l'offre de services aux points de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la nouvelle offre de service pour accompagner et soutenir les milieux dans leur implantation. • Soutenir les nouveaux facturants à l'Accès adapté. • Proposer un modèle d'organisation afin d'assurer des visites médicales à domicile en temps opportun (distinguer les services réguliers versus des services intensifs). • Assurer l'accès à une garde pour les SAD incluant les soins palliatifs à domicile, tant médical qu'en soins infirmiers, en collaboration avec la direction Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). • Soutenir les travaux du comité de pilotage et du Consortium InterEst Santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nbre de médecins utilisant AA à 100 % • Taux d'inscription • Taux d'assiduité • Taux de P4-P5 (Taux de réorientation vers GMF) • 3e rendez-vous (régional/GMF) • Garde médicale 24/7 et infirmière dans les huit RLS • Nbre de projets pilotes 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiver 2018 • Automne 2018 • Automne 2018
<p align="center">Favoriser la collaboration interdisciplinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Développer une culture d'évaluation par l'approche réflexive avec les projets CoMPAS, REFLET et indicateurs maladies chroniques (Cube). • Assurer que les professionnels puissent exercer de façon optimale selon leurs champs d'exercices et leurs activités réservées. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les projets CoMPAS dans les milieux où le projet est commencé et les déployer dans les autres réseaux locaux de services (RLS) du territoire. • Dépôt d'un projet pour permettre le déploiement d'Inspired sur tout territoire. • Accompagner les RLS dans la gestion du changement (voir l'implication possible de l'agent d'amélioration continue professionnel – GMFU) • Utiliser le cadre de gestion pour l'accueil des nouvelles infirmières et pour leur évaluation. • Utiliser les fiches ministérielles d'intégration des professionnels. • Favoriser l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPSPL). 	<ul style="list-style-type: none"> • Nbre de RLS formés CoMPAS • Nbre de plans d'action • Nbre de champs de pratiques • Nbre d'IPSPL d'installées 	<ul style="list-style-type: none"> • Automne 2017/hiver 2018

ANNEXE 3 – Procédure « Vidons les guichets »

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
du Bas-Saint-Laurent

Québec 

« Vidons les guichets »

TYPE DE DOCUMENT: Procédure	NUMÉRO D'IDENTIFICATION : DSP-PR-30042
CE DOCUMENT S'ADRESSE AUX PERSONNES SUIVANTES :	
La présente procédure s'adresse au comité de direction du Département régional de médecine générale, aux coordonnateurs médicaux locaux, aux médecins membres du Département régional de médecine générale DRMG du Bas-Saint-Laurent ainsi qu'aux gestionnaires et personnel qui agissent en soutien au guichet d'accès à un médecin de famille. Elle s'applique sur tout le territoire bas-laurentien.	
CE DOCUMENT EST ACCESSIBLE :	
<input checked="" type="checkbox"/> Répertoire commun <input checked="" type="checkbox"/> Site Internet <input checked="" type="checkbox"/> Intranet <input checked="" type="checkbox"/> Coordonnateurs médicaux locaux	
NOMBRE DE PAGES	8 pages incluant les annexes
RESPONSABLE DE L'APPLICATION	Département régional de médecine générale Direction des services professionnels
RESPONSABLE DE LA CODIFICATION ET DE LA CONSERVATION DU DOCUMENT	Agente administrative de la Direction des services professionnels
INSTANCES CONSULTÉES	Coordonnateurs médicaux locaux 2017-02-21 Comité de direction du DRMG 2017-03-21 Direction des services professionnels 2017-02-21 Responsable GMF 2017-03-29
RESPONSABLE DE L'ADOPTION OU DE LA REVISION FINALE	Docteur Éric Lavoie, chef du DRMG
DATE DE LA MISE EN VIGUEUR	2017-03-21
DATE DE L'ADOPTION OU DATE DE LA REVISION ET NUMÉRO DE RÉOLUTION DU C.A.	N/A
REVISION	Révisée et adoptée le 2017-04-18 La révision s'effectue aux trois ans ou lorsque requis.

PROCÉDURE

Vidons les guichets (DSP-PR-30042)

Direction des services professionnels

Mars 2017

Québec 

« VIDONS LES GUICHETS »

Pour favoriser l'atteinte des objectifs d'inscription de la population selon la cible établie dans le cadre de l'entente de principe entre le MSSS/FMOQ du 26 mai 2015, le Département régional de médecine générale (DRMG) s'associe aux coordonnateurs médicaux locaux (CML) du Bas-Saint-Laurent afin de proposer des pistes de solution pour favoriser la prise en charge de la clientèle. La procédure d'attribution vise à instaurer une régulation paramétrée qui guidera une attribution en continu des patients qui ont besoin d'un médecin de famille dans le cadre de l'entente et dans le futur. Il est important de souligner l'effort des médecins, car le Bas-Saint-Laurent a un des taux d'inscriptions les plus élevés du Québec, soit de 87 %.

Comme prévoit l'« Entente particulière relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle », sous l'autorité du DRMG et dans le cadre du réseau local de services (RLS) de santé de son territoire, les CML collaborent à l'organisation et à la coordination des services médicaux de première ligne. Ils s'unissent au comité de direction du DRMG afin de proposer cette procédure régionale pour assurer la prise en charge de la clientèle en attente au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF).

1. OBJECTIFS

- Assurer une accessibilité et une qualité de soins à la clientèle du Bas-Saint-Laurent (BSL).
- Assurer la prise en charge de l'ensemble des patients du territoire qui désire un suivi avec un médecin de famille.
- Assurer une clientèle aux nouveaux médecins de famille qui s'installent sur le territoire.
- Éviter les périodes de flottement sans médecins de famille pour la clientèle.
- Conserver un taux de prise en charge de plus de 85 % de la clientèle.
- Assurer une répartition équitable de la tâche entre les médecins du territoire et que la prise en charge soit reconnue au calcul des unités de travail des médecins.
- Tenir compte de la capacité de prise en charge des équipes médicales selon la pénurie relative de main-d'œuvre et des tâches intrahospitalières.

2. CADRE JURIDIQUE OU CADRE DE RÉFÉRENCE

- Cadre de référence provincial des guichets d'accès pour la clientèle sans médecins de famille, mars 2017.
- Guide de gestion de l'amendement 140, FMOQ/MSSS, novembre 2015.
- L'Entente particulière 40 - relative aux services de médecine de famille de prise en charge et de suivi de clientèle.
- Lettre d'entente 304, février 2017.

Document associé : Procédure d'épuration des listes d'attentes, février 2017.

3. CHAMPS D'APPLICATION

Cette procédure s'adresse au comité de direction (CD) DRMG, aux CML, aux médecins du BSL et au personnel de la Direction des services professionnels (DSP) qui sont rattachés au GAMF. Elle est en lien direct avec la distribution des patients en attente au GAMF selon les modalités proposées et acceptées par le CD-DRMG et les CML.

5.3.4. *Nombre insuffisant de patients orphelins pour permettre l'atteinte des cibles des nouveaux facturants*

- Une priorité sera donnée aux médecins soumis à la nouvelle exigence AMP.
- L'atteinte de la cible de 500 patients sera priorisée chez les médecins qui n'ont pas 3 unités.
- Pour le *Groupe 1 b)*, la distribution pourra être faite selon des modalités établies entre les médecins et le CML pour convenir d'un partage équitable entre les médecins désirant l'atteinte de 500 inscriptions.
- Si les médecins du *Groupe 2* désirent augmenter leur prise en charge dès le début de la mise en œuvre de la procédure, il y aura distribution prioritaire aux médecins soumis à la nouvelle exigence AMP et aux médecins du *Groupe 1 a)* qui désirent atteindre les 500 inscriptions.

5.3.5. *Nombre supérieur de patients orphelins par rapport à la disponibilité de la main-d'œuvre médicale du Groupe 1*

- Si le guichet demeure avec de patients orphelins après la distribution aux médecins du *Groupe 1*, les médecins du *Groupe 2* seront invités à prendre des patients.
- En respect de la charge de travail globale d'un médecin, le CML pourrait viser une cible d'inscription supérieure à 500 patients. Chaque strate de 250 patients équivalant à 0,5 unité de travail.
- Par exemple, de façon à distribuer équitablement les patients excédentaires inscrits au GAMF, un CML pourrait convenir d'une cible à 750 inscriptions. À ce moment, le CML pourrait distribuer les patients aux médecins afin qu'ils atteignent la cible requise.
- Selon une pénurie d'effectifs, la distribution viserait à épargner les médecins qui effectuent plus de 3 unités. S'il arrivait que tous les médecins d'un territoire présentent une charge de travail de plus de 3 unités, la situation sera traitée prioritairement par le DRMG et le DSP pour soutenir l'équipe en place.

5.3.6. *Médecins ne désirant pas adhérer à la présente procédure*

- Afin de préciser leur incapacité de prendre des patients, les médecins qui ont des privilèges en installation devront faire la démonstration de la prestation de 3 unités de travail et plus, soit l'équivalent de plus de 36 h/semaine, 42 semaines/année.
- Pour les médecins en clinique privée, ils seront invités à discuter avec leur CML de l'impossibilité de participer à cette démarche.

5.3.7. *Lieu de pratique du médecin*

- L'étendue du territoire sera considérée et l'attribution particulière tentera de respecter les lieux de pratique des médecins.

5.3.8. *Taux d'inscription régional*

- Tous les médecins de famille du BSL visent un objectif partagé de prise en charge.

6. **DÉTERMINATION DE LA DISTRIBUTION**

Voir annexe 1 – Algorithme

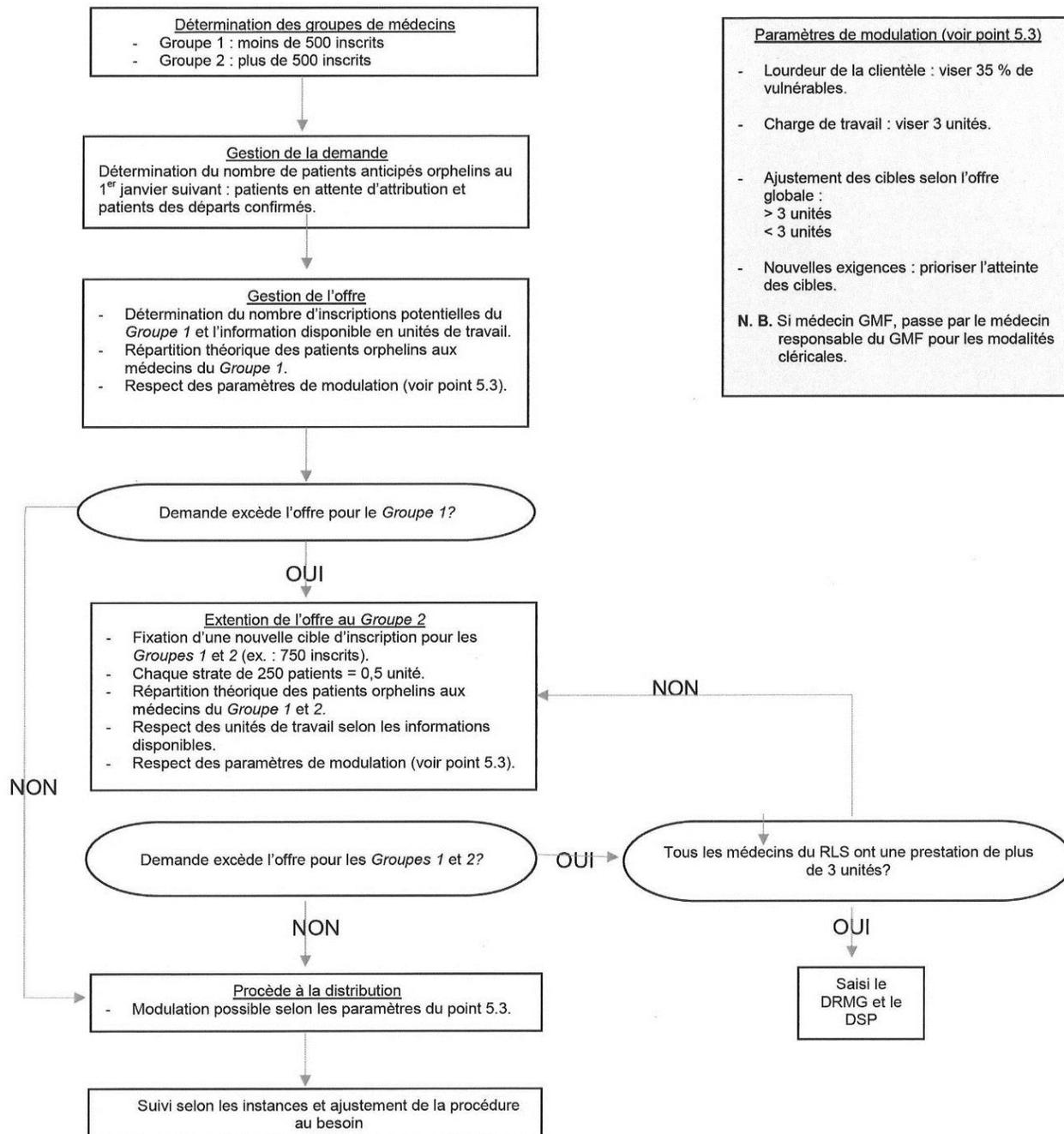
7. MODALITÉS DE DISTRIBUTION

- La distribution des patients par le CML se fera selon le modèle choisi par le médecin, soit par attribution particulière en bloc ou par la *Lettre d'entente 304*.
- Une correspondance sera transmise à chaque médecin du BSL en y précisant le contexte et les objectifs de la procédure. Par la suite une correspondance personnalisée sera envoyée aux médecins ciblés avec les modalités proposées et le nombre d'inscriptions attendues de leur part.
- Une vitesse d'attribution (nombre de patients par mois) leur sera proposée sur une période déterminée au niveau régional. Pour un RLS, on pourra diviser le nombre de patients orphelins par le nombre de mois de l'année, ce qui indiquera une vitesse d'attribution mensuelle pour vider le guichet. La vitesse se transposera d'un médecin à l'autre tout dépendant de sa cible à inscrire pour la même période.
- Les médecins seront avisés que s'il devait y avoir modification de tâches (autres que la prise en charge), la cadence pourrait être ajustée.
- *L'Entente particulière 40* prévoit que sur la base d'une année civile, un nombre maximum de patients attribués à un médecin de famille par le GAMF et inscrits par ce médecin peut faire l'objet des suppléments prévus. Cette limite ne s'applique pas à un médecin de famille au cours des quatre premières années de pratique. Un médecin coordonnateur peut cependant soumettre au comité paritaire toute situation particulière qu'il désirerait porter à son attention (E.P. article 13.02).

8. RÉFÉRENCES

- Mise en place d'un processus d'attribution des usagers inscrits au GAMF, région Mauricie/Centre du Québec, novembre 2016.
- Autres régions à venir.
- Paramètres proposés pour l'élaboration de la liste des priorités de recrutement en établissement.

Algorithme de détermination de la distribution



ANNEXE 4 – Guide pour remplir le tableau de compilation des besoins régionaux

Guide pour compilation du besoin total en effectifs médicaux des réseaux locaux de services (RLS) et de la charge de travail individuelle des médecins

DRMG/Département clinique de médecine générale/DSP

21 novembre 2017

Approuvé DRMG : 21 novembre 2017
Approuvé Département clinique de médecine générale :

Document préparé par Monique Léger, médecin-conseil, DSP, services médicaux de première ligne
maj(2) : 2018-09-25

Mise en contexte

Depuis plusieurs mois, le Département régional de médecine générale (DRMG), de concertation avec la direction des services professionnels et les différentes chefferies de la première ligne, tente d'objectiver le besoin en effectifs pour les réseaux locaux de service (RLS) ainsi que la charge de travail individuelle de ces médecins. Nous avons développé 2 outils de travail, soit le tableau de la Compilation du besoin en effectifs et le Tableau des effectifs.

Le premier tableau, soit la Compilation du besoin en effectifs, vise la détermination du besoin estimé en effectifs médicaux totaux des RLS. Vous retrouverez les directives à la colonne A du présent guide. Le besoin se calcule en équivalent temps plein (ETP) et se réfère aux lignes identifiées par des lettres correspondant aux activités.

Le deuxième tableau est couramment nommé, Tableau des effectifs, et fait référence à la colonne B du présent guide. Celui-ci comptabilise les activités de chaque médecin et détermine une moyenne locale de la charge de travail en unités ou en priorités et se réfère aux colonnes identifiées par des lettres correspondant aux activités.

En plus, ce guide vise à soutenir les RLS à remplir les deux tableaux. Ces compilations, tant individuelles que collectives, se doivent d'être uniformes et justes. Il explique les différentes quantifications proposées pour chaque secteur d'activité. Certaines activités sont paramétrées ou normées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) cependant d'autres non. Nous vous proposons des équivalences pour les secteurs qui ne sont pas encadrés par des paramètres, par une entente particulière ou par un protocole d'accord.

À noter que la reconnaissance de la charge réelle de travail de certains secteurs d'activités demeure en évolution. Certaines pondérations pourraient se modifier avec les travaux impliquant la direction des effectifs médicaux du MSSS et les parties négociantes. Par exemple, la lourdeur de la disponibilité exigée par les gardes en obstétrique, en CHSLD, à l'hospitalisation, etc., pourraient voir leurs équivalences évoluer. Les représentations au comité paritaire auront avantage à se poursuivre afin d'identifier la juste valeur de ces secteurs d'activités.

Les annexes fournissent de l'information supplémentaire et sont identifiées par la lettre de chaque secteur (ligne ou colonne faisant référence aux tableaux respectifs).

**Guide pour la compilation du besoin total en effectifs médicaux des réseaux locaux de services (RLS)
et de la charge de travail individuelle des médecins**

		Colonne A	Colonne B
		Compilation du besoin en effectifs	Tableau des effectifs
	Activités	Directives pour la détermination du besoin estimé en effectifs des RLS par secteur d'activités. (ETP = 3 unités)	Directives pour la détermination de la charge de travail individuel par secteur d'activités. (Unités ou priorités de 12 h)
		PONDÉRATION : 1 h travaillée = 1,25 h ÉQUIVALENCE ANNUELLE : 403 h par année = 1 unité de 12 h	
D	Urgence	Nouvelle proposition au ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS), élaborée par le MSSS en partenariat avec des représentants officiels de la FMOQ, de la FMSQ et de l'AMUQ. Voir annexe D - Urgence	Unités individuelles = nombre d'heures moyen de garde du médecin par année/403 h.
		EQUIVALENCE ANNUELLE : prise en charge de 16 ou 18 lits, 8,5 semaines de garde ou 61 jours par année, soit 1 semaine/6 pour 52 semaines OU 1 semaine/5 pour 42 semaines. Unités = nombre de semaines par an/8,6 pour les tournées de 18 à 20 lits en moyenne. Attention : pour couvrir 1 an, la tournée de 16 ou 18 lits, nous avons besoin de 6 médecins à 1 unité chaque, donc 6 unités ou 2 ETP. Nouveauté : 20 lits pour les RLS ayant une population de > 25 000 et 18 lits pour entre > = 15000; < 25000.	
E	Tournée hospitalière et UCDG	Total ETP selon le nombre de lits couverts par les médecins de famille (MF) qui est déterminé par le nombre de jours d'hospitalisation par année/320. Jours d'hospitalisation de l'UCDG à Rimouski ont été exclus (médecins régionaux). Jours d'hospitalisation de l'UCDG et URFI à Rivière-du-Loup sont inclus et partage des lits entre courte durée et UCDG/URFI (65 %/35 %). Voir annexe E - Hospitalisation	Unités = nombre de semaines par an/8,6 pour les tournées de 16 ou 18 lits en moyenne. Pondération des tournées est différente pour chaque RLS selon le nombre de lits couverts par tournée (exemple : si 25 lits reconnus selon le calcul des jours d'hospitalisation par année du RLS, le nombre de lits sera divisé en deux s'il y a 2 tournées). Voir annexe E - Pondération des tournées (patients admis et soins intensifs)
		SOINS INTENSIFS Dans les hôpitaux, dont les unités de soins intensifs sont = 7 lits, les soins intensifs devraient être couverts par les médecins spécialistes. ÉQUIVALENCE ANNUELLE : Unités = nombre de semaines par an/8,6 pour les tournées d'au moins 6 lits de soins intensifs en moyenne.	
E 1	Soins intensifs	Lits soins intensifs couverts par les MF sont pondérés de 3 et le nombre ETP est calculé sur une base annuelle selon le taux d'occupation des lits dédiés des 3 dernières années. Voir annexe E 1 - Soins intensifs	Le nombre de lits, selon le taux d'occupation des 3 dernières années, est pondéré et ajouté au nombre de lits de courte durée.
	Obstétrique	EQUIVALENCE ANNUELLE : 60 accouchements et suivi médical par année = 1 unité.	
F		ETP selon le nombre d'accouchements du RLS (moyenne des 3 dernières années). Voir annexe F - Nombre d'accouchements et de césariennes/an. Unité = nombre d'accouchements par an du RLS/60. Attention - 20 % spécialiste et - nombre réel d'accouchement par sage-femme. Total ETP = nombre d'accouchements par an du RLS/180.	Unités = nombre d'accouchements par MF par an/60. Inscrire le nombre moyen d'accouchements ou diviser le nombre total d'accouchements par le nombre de médecins participants.
		Le médecin doit s'occuper d'usagers admis occupant au moins 50 lits en CHSLD/CHSP ou 22 lits en URFI et participation à un système de garde en disponibilité. PONDÉRATION : CHSLD, CHSP : 1 lit = 1 lit; URFI et troubles de comportements graves : 1 lit = 2,5 lits. ÉQUIVALENCE ANNUELLE : CHSLD, CHSP : 54 lits, 42 semaines/année, URFI : 22 lits, 42 semaines/année. Voir annexe G - CHSLD	
G 1	Gériatrie/CHSLD	1 ETP = 150 lits pondérés. Total ETP = nombre de lits pondérés du RLS/150.	Unités = nombre d'usagers pondérés à la charge du médecin/50.
		Le MSSS reconnaît une pondération de 20 pour les lits de soins palliatifs (160 lits = 1 ETP). Le MSSS souhaite un minimum de 1 lit dédié par 10 000 habitants. Le Département régional de médecine générale (DRMG) reconnaît les lits dédiés actuels en CH, CHSLD et maisons de soins palliatifs, dont le nombre de lits dédiés par 10 000 de population est en moyenne de 1,6. Par équité, il propose de ramener cela avec un ratio équivalent sur tout le territoire pour l'estimation des besoins. La moyenne de 1,6 lit dédié pondéré est équivalente à 0,2 ETP/10 000 de population pondérée. Cette pondération est proposée et sera ajustée au besoin selon le suivi des taux d'occupation des lits pour mieux ajuster le besoin. Voir annexe G5 - Soins palliatifs	
G 5	Soins palliatifs	Total ETP par RLS = 0,2 ETP/10 000 de population pondérée.	Unité par médecin = total reconnu du RLS, soit selon 0,2 ETP/10 000 de population pondérée. Le total des unités est divisé entre les médecins participants. Si le partage de la tâche n'est pas égal, un ratio, au prorata du nombre de semaines effectuées est possible.
		Le DRMG reconnaît 0,8 ETP par 1000 de population de plus de 75 ans des RLS pour le besoin total du RLS. Il ajustera, au besoin, cette pondération selon les travaux d'implantation des soins intensifs à domicile (SIAD).	
G 4	Soins à domicile	ETP total : 0,8 ETP par 1000 de population de plus de 75 ans du RLS. Voir annexe G 4 - Soins à domicile	Si le médecin effectue des activités de SAD, ces activités sont incluses dans la prise en charge du médecin et sont effectuées avec la collaboration de l'équipe du programme du SAD du CLSC. À titre indicatif, la pondération pour 1 patient inscrit au SAD = 12 patients. Aucune priorité pour la participation à la garde uniquement. Unité = (nombre de patients auto déclarés du MF X 12)/500.
		Programme CLSC ou UMF, non inclus dans le nombre de patients inscrits (voir annexe I). ÉQUIVALENCE ANNUELLE : 504 h = une priorité de 12 h.	
	Programme CLSC	ETP = 1512 h ou 3 unités de 12 h.	Unités = nombre d'heures moyen par année/504 h. Attention : préciser le programme à la Colonne L (voir annexe I - Programme CLSC ou UMF, non inclus dans le nombre de patients inscrits).
	Enseignement (tâches pédagogiques hors GMF-U) et externat longitudinal	Temps excédentaire total (heures) selon la capacité d'accueil du RLS (travaux DRMG 2012). Externat longitudinal : à baliser selon les travaux du DRMG en 2012.	Total d'heures à distribuer entre les médecins de l'équipe du RLS qui participent à l'enseignement. Si le partage de la tâche n'est pas égal, un ratio, au prorata de l'implication est possible. Externat longitudinal : à baliser selon les travaux du DRMG en 2012. Total d'heures est à distribuer entre les médecins de l'équipe qui participent à l'enseignement. Si le partage de la tâche n'est pas égal, un ratio, au prorata de l'implication est possible.
	GMF-U	Cadre GMF-U Heures attendues pédagogiques (selon le nombre de résidents) Heures attendues « autres apprenants » Temps direction programme régional (auto-déclaré) ETP total = total des heures des médecins selon leur profil sur 1 an/1512.	GMF-U : Heures attendues définies par le MSSS lors de la détermination des besoins prioritaires des GMF-U. Les tâches cliniques sont incluses dans le nombre de patients inscrits. Total d'heures attendues « autres apprenants » et temps direction programme régional sont à distribuer entre les médecins de l'équipe du GMF-U. Si le partage de la tâche n'est pas égal, un ratio au prorata de l'implication est possible. Voir cadre GMF-U
J	Nombre de patients inscrits	Nous utilisons le besoin estimé selon la méthodologie du MSSS, soit de 1 médecin ou ETP pour 1500 habitants (pondérés). ATTENTION : Le nombre de patients équivalent au nombre ETP attribué pour les SAD est exclu de la population du RLS afin de pas la compter en double.	1 unité = 1 priorité = 500 patients inscrits pondérés Attention : voir annexe J – Activités cliniques incluses dans le nombre de patients inscrits (1/1500)
		ÉQUIVALENCE ANNUELLE : 504 h = 1 unité 1 ETP = 1512 h ou 3 unités Voir annexe K1 ATTENTION : les heures hors ententes sont extraites de la compilation et ajout de 1 % à tous les RLS. GMF : ajout de 30 h/an/médecin	
K 1	Autres secteurs - à l'heure		Unités = nombre d'heures moyen par année/504 h. Indiquer le nombre d'heures moyen par année par le médecin et préciser le secteur d'activité à la colonne L. Voir annexe K1 - Tâches administratives à l'heure et K1 - Tâches cliniques à l'heure pour le maximum d'heure/an/md ou le maximum de % ETP pour les différents secteurs.
		ETP total = nombre de forfaits total du RLS X 0,6 h/1512 Pour la liste des activités cliniques et administratives qui sont à forfait et encadrées par une entente particulière ou un protocole d'accord. Voir annexe K2 – Tâches administratives ou cliniques à forfait	
K 2	Autres secteurs - tâches à forfait		Indiquer le nombre de forfaits par année/médecin et nous ferons la conversion en unité. 1 forfait = 0,6 h (1 forfait est payé environ 65 \$, donc environ 60 % du taux horaire). Unité = nombre d'heures moyen par année/504 h. Préciser le secteur d'activité à la colonne L.

Annexes D-G4

D - Urgence

Réseau local de services (RLS)	Nombre d'heures réelles de couverture/24 h ¹	Unités totales pour la couverture d'un an avec les heures réelles	Équivalent temps plein (ETP) selon unités réelles	ETP urgence MSSS 6 juillet 2018
Kamouraska	24 h	21,7	7,2	7,6
Rivière-du-Loup	24 h et 28 h lundi et vendredi	22,7	7,6	8,5
Témiscouata Notre-Dame-du-Lac	24 h	21,7	7,2	7,3
Témiscouata Pohénégamook	24 h	21,7	7,2	7,2
Les Basques	24 h	21,7	7,2	7,3
Rimouski-Neigette	39 h	35,3	11,8	11,0
La Mitis	14 h	12,5	5 ²	
La Matapédia	24 h	21,7	7,2	7,3
La Matanie	24 h	21,7	7,2	8,3

¹ Chefs de service d'urgence et de médecine générale et Portfolia 2016.

² Décision DRMG du 12 septembre 2017 donc 15 unités.

RLS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Jours d'hospitalisation total des CH 2017-2018 (Périodes 1 à 13)	Pourcentage de jours d'hospitalisation sous les soins d'un médecin omni réel	Jours d'hospitalisation Omnis (Périodes 1 à 13)	Nombre de lits omnis	ETP pour le RLS (1 unité = 16 lits/6 sem, si < 25000 pop.) (1 unité = 18 lits/6 sem.) si > 25000 pop.	Nombre de tournées	Nombre de patients par tournée (courte durée)	Nombre de lits SI selon % occupation pondérés	Nombre de patients par tournée (SI)	Facteur de pondération tournée (courte durée + lits SI selon taux occupation)
			1 x 2	(Jours d'hosp. omnis/320)	(colonne 4 * 2 ETP)/18 ou 20		colonne 4/colonne 6	N ^{bre} lits dédiés * % occ. SI * 3	colonne 8/colonne 6	(colonne 7 + colonne 9)/20 ou 18
Kamouraska	7 812	96,4%	7531	23,53	2,9	2	11,8	5,6	2,8	0,9
Rivière-du-Loup (hospitalisation : 65 % des lits omnis) ¹ URFI/UCDG : 35 % des lits omnis ²	32 698	31,4%	10267	19,48	2,2	1	19,5	0,0	0,0	1,1
Témiscouata	7 546	91,0%	6867	12,60	1,4	1	12,6	0,0	0,0	0,7
Les Basques	5/0			21,46	2,7	2	10,7	3,1	1,6	0,8
Rimouski-Neigette								0,0		
La Mitis	62 592	38,1%	23848	55,89	5,8	3	18,6	0,0	0,0	1,0
La Matapédia	8 987	94,9%	8529	18,63	2,1	1	18,6	0,0	0,0	1,0
La Matanie	11 368	96,0%	10913	26,65	3,3	2	13,3	4,3	2,2	1,0
				34,10	4,3	2	17,1	4,9	2,5	1,2

¹ Décision DRMG décembre 2017

E 1 - Soins intensifs selon taux d'occupation total

RLS	Lits réels de SI au CH suivis par médecin de famille (MF)	% occupation total des SI	Lits SI suivis par médecin de famille (pondération X 3)	ETP pour le besoin estimé du RLS	Commentaires
Kamouraska	3	62	5,6	0,7	47 % de 4 lits dans tableau - correction
Rivière-du-Loup	0	60,4	0,0	0,0	MF ne suivent pas SI
Témiscouata	3	34,3	3,1	0,4	
Les Basques			0,0	0,0	
Rimouski-Neigette	0	67,8	0,0	0,0	MSSS ne reconnaît pas de ETP à Rimouski, car > 6 lits
La Mitis				0,0	
La Matapédia	3	48,1	4,3	0,5	
La Matanie	3	54,9	4,9	0,6	41,2 % de 4 lits dans tableau - correction

F - Nombre d'accouchements et de césariennes/an

RLS (Méd-Echo)	Moyenne des 3 dernières années ¹	ETP	Commentaires	Nouvelle méthode
Kamouraska	120	0,67		0,5
Rivière-du-Loup	206	1,14		1,5
Témiscouata	78	0,43		0,5
Rimouski (ajout de 20 % des C/S)	276	1,53	Rimouski La Mitis 5 médecins à Rimouski et 3 à La Mitis	1,70
Mitis	92	0,51		1,00
La Matapédia	124	0,69		0,8
La Matanie	144	0,80		0,5

¹ 2013 à 2016

G - CHSLD

RLS	Nombre de lits CHSLD ¹	ETP
Kamouraska	98	0,77
Rivière-du-Loup	180	1,42
Témiscouata	110	0,87
Les Basques	39	0,31
Rimouski-Neigette	224	1,78
La Mitis	96 + 16 URFI, 6 troubles de comportement graves = 151	1,19
La Matapédia	90	0,71
La Matanie	106	0,83

¹ Mme Elizabeth Lavoie, Directrice adjointe au programme SAPA, 23 mai 2018

G 5 - Soins palliatifs

RLS	CH	CHSLD	Maison SP (CH)	Population pondérée	0,2 ETP/10000 pop.
Kamouraska	1	2		23 784	0,5
Rivière-du-Loup			6	36 402	0,7
Témiscouata		3		23 755	0,5
Les Basques		2		10 715	0,2
Rimouski	0,75		7	57 890	1,2
La Mitis	0,25	3		21 881	0,4
La Matapédia	2	4		21 271	0,4
La Matanie	3			25 475	0,5

G 4 - Soins à domicile

RLS	Population > 75 ans	0,8 ETP/1000 pop. > 75 ans	Équivalence en nombre de patients ¹
	Fiches socio-sanitaires (12 juillet 2017)	(0,8*pop. > 75 ans)/1000	N ^{bre} SAD non pondéré (ETP * 1512)/12
Kamouraska	2415	1,9	243
Rivière-du-Loup	3484	2,8	351
Témiscouata	2097	1,7	211
Les Basques	1254	1,0	126
Rimouski	5472	4,4	552
La Mitis	1764	1,4	178
La Matapédia	1762	1,4	178
La Matanie	2328	1,9	235

¹ Le nombre de patients équivalent au nombre ETP est exclu de la population du RLS afin de ne pas le compter en double
maj : 2018-09-25

Annexes I-K2

I - Programme CLSC ou UMF, non inclus dans le nombre de patients inscrits

1	1. Tâches enseignements UMF selon le cadre GMF-U	Profil A = 8 h/sem.
2	2. Programmes CLSC rencontre de patients non-inscrits à votre nom ou rencontre de planification	Planning non régional, clinique jeunesse, santé mentale, toxicologie, etc.
3	3. Centre de détention,	5 h/sem.
4	4. Médecin répondant clinique de réfugiés,	4 h/sem.

J – Activités cliniques incluses dans le nombre de patients inscrits (1/1500)

5	1. Tâches cliniques CLSC et UMF	2. Sans rendez-vous ou rendez-vous rapides
6	3. Points de services ou de chutes du CLSC si suivi de sa clientèle	4. Chirurgie mineure
7	5. Cryothérapie	

K1 - Tâches administratives à l'heure

Encadrées par une Entente particulière (EP) ou un Protocole d'accord (PA)

8	Tâches administratives des groupes de médecine de famille (GMF)	Banque d'heures si utilisée pour rencontre (max 30h/an/md ou 2 % ETP)
9	Département régional de médecine générale [DRMG]	PA – DRMG Heures présences/an [max 75 h/an ou 5 % ETP]
10	Sous-comité urgence cf. entente Comités sur l'organisation et la gestion de l'urgence Comités médico-cliniques - Comité de traumatologie; - Comité du don et de transplantation d'organes et de tissus; - Comité morbidité/mortalité; - Comité sur les personnes victimes d'AVC; - Comité infarctus du myocarde aigu ST; - Comité de réanimation; - Comité de médecine transfusionnelle; etc. Comités sur la participation à la gestion hospitalière	EP 50 - activités médico-administratives urgence Kamouraska, Témiscouata : 396 h La Matapédia, La Matanie, Rivière-du-Loup : 594 h Rimouski : 792 h Partage des heures par le chef de département et de service d'urgence entre les membres selon la participation aux comités. [Vise max 30h/an/md ou 2 % ETP] N. B. Fournir liste des participants
11	Projets cliniques [AMPRO, prévention des infections, SAPA, etc.]	Protocole d'accord - CISSS Banque d'heures régionales de 662 h/an à partager selon liste des participants. AMPRO [max 30h/an/md ou 2 % ETP] Prévention des infections [max 30h/an/md ou 2 % ETP] Max 80 h/an/RLS
12	Santé publique	Entente particulière 24 Heures présences/an selon liste des participants
13	Services préhospitaliers/CAUREQ	Heures selon EP 52 – Services préhospitaliers d'urgence
14	Médecins-conseils	Heures selon Protocole d'accord CISSS Banque d'heures régionales de 1097 h/an à partager selon liste des participants et des avis de services.

Sans EP ou PA

15	Exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	Heures présences/an selon liste des participants
16	Sous-comités du CMDP statutaire (Titres, évaluation de l'acte, etc.)	Heures présences/an selon liste des participants
17	Sous-comités du CMDP ad hoc (Discipline)	Heures présences/an selon liste des participants
18	Chefs de service local non reconnus par des ententes ou règlements - CHSLD/soins palliatifs - CLSC - Hospitalisation - Soins intensifs - Obstétrique, etc.	Heures présences/an selon liste des participants [max 75 h/an/md ou 5 % ETP]
19	Membres des tables locales	Heures présences/an selon liste des participants [4 rencontres/an] [max 30h/an/md ou 2 % ETP]
20	Chef urgence et Chef de service médecine générale pour Les Basques et La Mitis	Équivalent aux forfaits reconnus [ne sont pas dans l'EP, car pas statut de CH]
21	Chefs de service régional non reconnus par des ententes - soins palliatifs	Heures présences/an selon nomination [max 200 h/an/md ou 13 % ETP]
22	Comités des départements et services [médecine générale, urgence, soins palliatifs, etc.]	Heures présences/an selon liste des participants [max 15 h/an/md ou 1 % ETP]
23	Comités des services locaux non reconnus par des ententes ou règlements	Heures présences/an selon liste des participants [max 15 h/an/md ou 1 % ETP]
24	Recrutement [Comités, activités locales ou régionales]	Heures présences/an selon liste des participants [max 15 h/an/md ou 1 % ETP]
25	Enseignement (tâches pédagogiques hors GMF-U) et externat longitudinal	Voir Guide
26	Adjoint DSP Médecins-conseils hors ententes [EP ou PA] Chef de département de médecine générale	Heures/an [selon contrat]
27	Représentants du BSL sur des comités régionaux ou nationaux [Collège des médecins, FMOQ, Association des CLSC, CA du CISSS, MSSS, etc.]	Heures/an
28	Gestion des cliniques privées/implications communautaires par intérêt personnel.	Non reconnu pour le besoin estimé régional du RLS
28.1	Coroner	[max. 10 h/cas/an]/504 h

K1 - Cliniques à l'heure

29	Cliniques externes : oncologie, gériatrie, etc.	Heures/an
30	Planning régional : IVG, fertilité	Heures/an
31	Transferts ambulanciers	Équipe ou individu à l'heure/an [chiffres CAUREQ]
32	Vasectomie	Heures/an
33	Clinique de perfusion	Heures/an

K2 – Tâches administratives ou cliniques à forfait

	Tâches administratives	Nombre de forfaits/an
34	Coordonnateurs médicaux locaux [CML] groupe 3 Rimouski-Neigette, La Matanie, Témiscouata et Rivière-du-Loup	653
35	CML Groupe 4 La Mitis, La Matapédia, Les Basques et Kamouraska	536
36	Chef DRMG	1341
37	Chef urgence	Rimouski : 520 Rivière-du-Loup, La Matanie, La Matapédia : 312 Kamouraska, Témiscouata : 208
38	Chef de service médecine générale	428
39	Chef GMF (partage des forfaits s'il y a partage des tâches administratives)	1 forfait/sem. : 383,40 \$ Équivalent à 306 forfaits/an
40	Directeur UMF	Nombre de forfaits/an
41	Garde pour les trousse médico-légales [EP 38 Relative à la rémunération de la garde en disponibilité]	Nombre de forfaits/an

G4 - SAD

42	Les SAD comprennent les suivis de cas complexe, les soins palliatifs, les ressources intermédiaires, les ressources privées en milieu familial et les hébergements temporaires. Équivalences proposées pour besoins régionaux estimés : Si associé à un système de garde par une équipe dédiée 24 h/7 j, le RLS aura une reconnaissance de 0,8 ETP par 1000 de population de plus de 75 ans (source : moyenne régionale ETP/1000 population de plus de 75 ans selon l'auto déclaration SAD et les cas complexes reconnus dans la pondération GMF est de 0,8 ETP/1000 population de plus de 75 ans). Équivalence individuelle en unités : Si associé à un système de garde par une équipe dédiée 24 h/7 j, la pondération pour 1 patient inscrit au SAD = 12 patients.
----	---

Ligne G5 - Soins palliatifs

43	Les soins palliatifs comprennent la couverture des patients admis dans les lits dédiés en CH et CHSLD. Ces lits sont pondérés de 20 selon le milieu désigné. Si associé à un système de garde par une équipe dédiée 24 h/7 j, le RLS aura une reconnaissance de 0,2 ETP par 10 000 de population (source : moyenne régionale ETP/10 000 pop. pondérées selon les lits dédiés et le besoin estimé MSSS section 2) est de 0,2 ETP/10000 pop. pondérées). À noter que les définitions de la garde par une équipe dédiée et de la clientèle inscrite seront précisées ultérieurement.
maj : 2018-09-25	

DÉTERMINATION DES BESOINS EN ENSEIGNEMENT PAR réseau local de services (RLS)
2012 adapté avec équivalences 2018

Note : 1 ETP médecin = 1512 h

Proposition selon cadre GMF-U
2018

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT
RLS DE KAMOURASKA

Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	26	11	286	0,19
Résident (santé de la femme)	6	20	120	0,08
Total	32	31	406	0,27

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT
RLS DE TÉMISCOUATA

Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	13	11	143	0,09
Résident (stage région)	13	4,5	58,5	0,04
Total	26	15,5	201,5	0,13

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT
RLS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année*	Temps excédentaire en heures par mois*	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	13	11	143	0,09
Résidents R1 de l'UMF de Trois-Pistoles au CSSS de Rivière-du-Loup	6	14	84	0,06
Résidents R2 de l'UMF de Trois-Pistoles au CSSS de Rivière-du-Loup	6	Gain	Gain	0
Total	25	25	227	0,15

* Pour les résidents de l'UMF de Trois-Pistoles, il s'agit du nombre de résidents et du nombre d'heures requises pour l'enseignement pour l'ensemble des stages réalisés à Rivière-du-Loup.

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT
RLS DES BASQUES GMF-U

Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	13	11	143	0,09
Résident (stage région)	10	4,5	45	0,03
Total	23	15,5	188	0,12

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT
RLS DE RIMOUSKI-NEIGETTE GMF-U

Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année*	Temps excédentaire en heures par mois*	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	4	11	44	0,03
Externe junior (programme longitudinal)	15	73	1095	0,72
Externe sénior (programme longitudinal)	15	12	180	0,12
Résident (stage région)	13	4,5	58,5	0,04
Total	47	100,5	1377,5	0,91

* Pour les externes du programme longitudinal et les résidents de l'UMF, il s'agit du nombre de stagiaires et du nombre d'heures requise pour l'enseignement pour l'ensemble des stages.

Cadre GMF-U			
Heures attendues autres apprenants (Profil A) (2 unités/4 apprenants) 1 app. = 13 mois/stages	Heures attendues pédagogiques (Profil A)	Enseignement autres (heures)	ETP = total heures/1512
1008,00	3252	181	2,9

Cadre GMF-U			
Heures attendues autres apprenants (Profil A) (2 unités/4 apprenants) 1 app. = 13 mois/stages	Heures attendues pédagogiques (Profil A)	Enseignement autres (heures)	ETP = total heures/1512
504,00	4335	1360,00	4,1

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT RLS DE LA MITIS				
Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	20	11	220	0,15
Résident (stage région)	6	4,5	27	0,02
Total	26	15,5	247	0,16

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT RLS DE LA MATAPÉDIA				
Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	13	11	143	0,09
Résident (stage région)	13	4,5	58,5	0,04
Total	26	15,5	201,5	0,13

ÉVALUATION DES BESOINS POUR L'ENSEIGNEMENT RLS DE MATANE				
Niveau du stagiaire	Nombre de mois maximum par année	Temps excédentaire en heures par mois	Temps excédentaire total (heures)	ETP (médecin)
Externe junior (stage en médecine familiale)	15	11	165	0,11
Résident (stage région)	13	4,5	58,5	0,04
Total	28	15,5	223,5	0,15

maj 2018-09-25

Directives du chef du Département régional de médecine générale (DRMG) pour la gestion des accès aux données et de l'utilisation des données concernant la gestion de la main-d'œuvre médicale.

Accès aux données

Fichier de compilation Bas-Saint-Laurent sécurisé

Groupe 1 :

- Chef du DRMG;
- Directeur des services professionnels (DSP) adjoint – première ligne;
- Chef de département de médecine générale;
- Médecin-conseil du DRMG;
- Agente de planification, programmation et recherche du DRMG/DSP.

Groupe 2 :

- En visuel lors de réunion;
- Membres du comité de direction du DRMG;
- Chefs des services de médecine générale;
- Chef de département d'urgence;
- Chefs des services d'urgence;
- Coordonnateurs médicaux locaux (CML).

Fichiers par réseau local de services (RLS) sécurisé – inclus la moyenne Bas-Saint-Laurent en comparaison – exclus le nombre de jours travaillés

- Groupe 1 (tous);
- Chef RLS du service de médecine générale
- Chef de département d'urgence
- Chef du RLS du service d'urgence
- CML du RLS

Utilisation des données

Fichier de compilation Bas-Saint-Laurent sécurisé

Groupe 1 :

- Document de travail stratégique/tactique;
- Pour la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), des activités médicales particulières (AMP), des unités et des privilèges.

Groupe 2 :

- En visuel : pour appréciation – apport et partage des aspects stratégiques/tactiques.

Membres du comité de direction DRMG :

- En visuel : pour l'octroi des PREM, des AMP et pour avis sur demande de dépannage.

Fichiers par RLS sécurisé – inclus la moyenne Bas-Saint-Laurent en comparaison – exclus le nombre de jours travaillés

Groupe 2 :

- Régulation des enjeux par RLS;
- Répartition de la tâche des membres;
- Appréciation des règlements;
- Demande de dépannage;
- Planification du besoin en effectif.

Note : La sécurisation des données relève de pratiques sous la responsabilité de l'établissement.

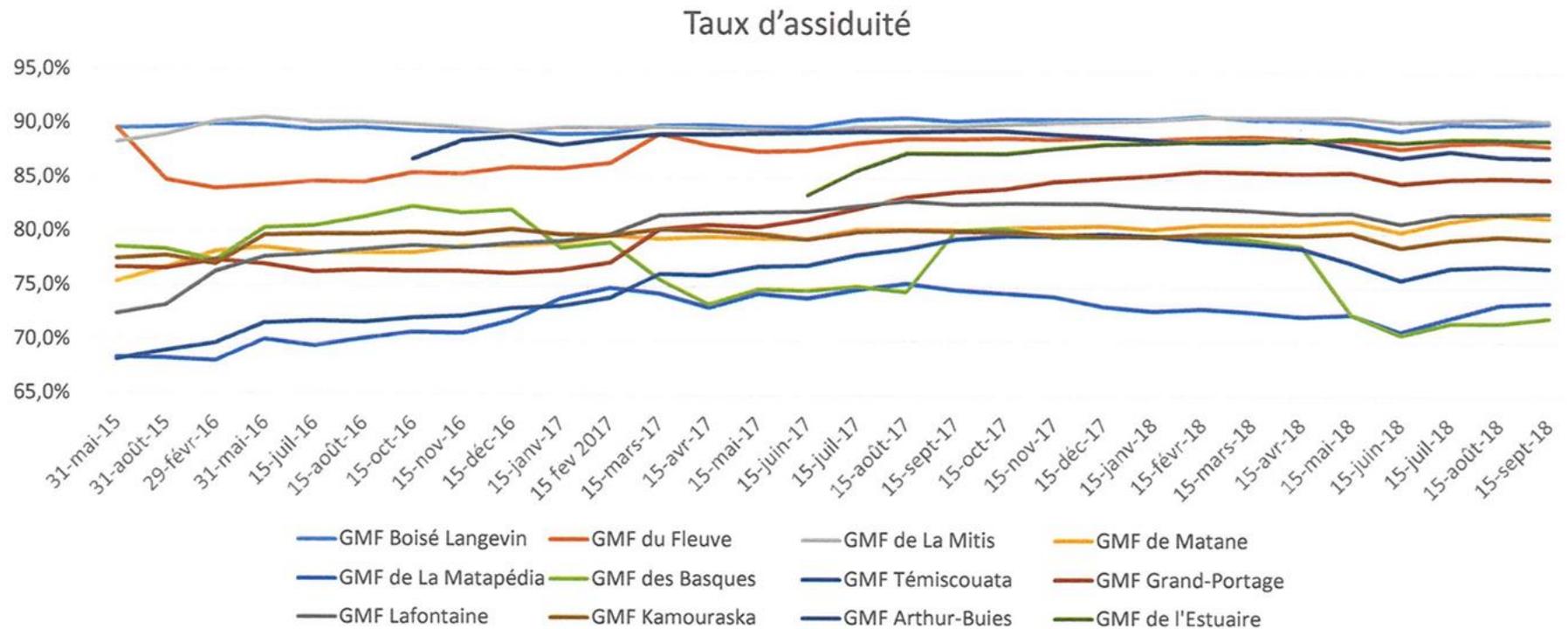
ANNEXE 5 – Évolution annuelle des inscriptions à un médecin de famille

Évolution des taux d'inscription et des effectifs médicaux

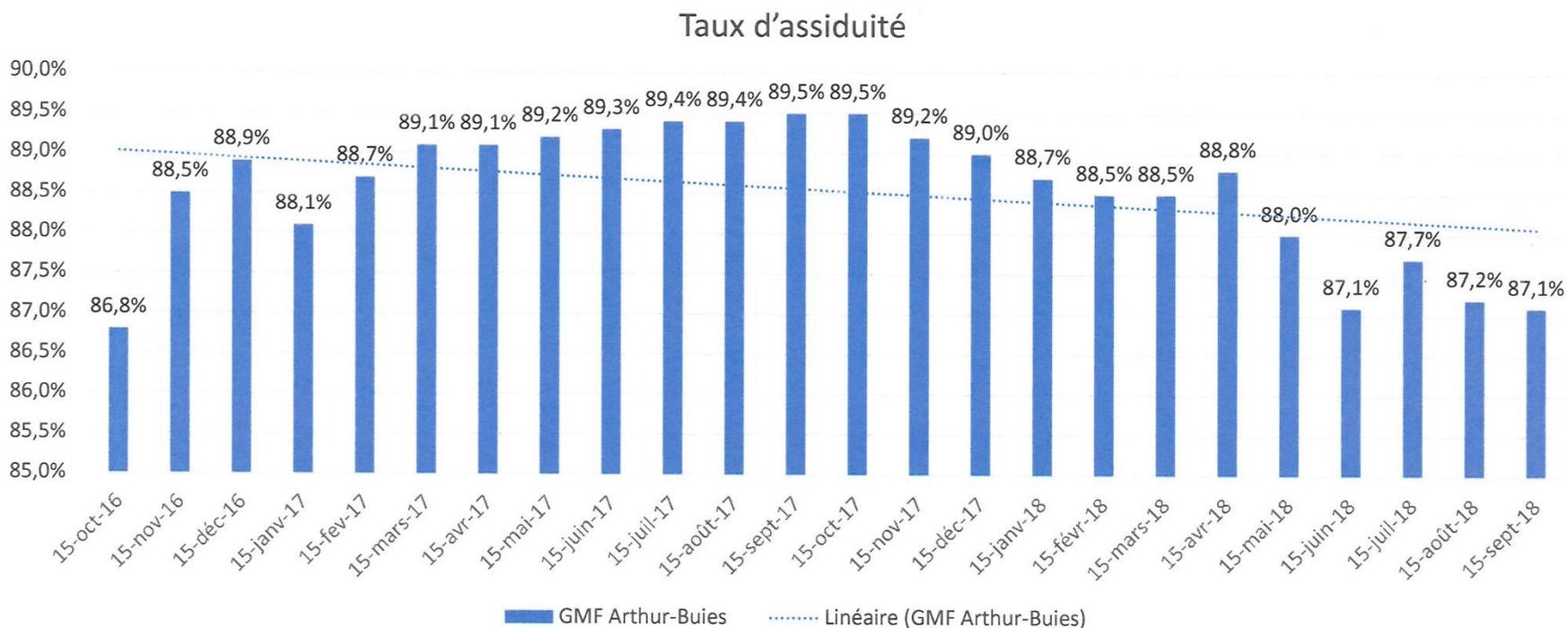
RLS	30-nov-13		30-nov-14		30-nov-15		30-nov-16		30-nov-17		31-août-18	
	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place	Taux d'inscription à un md	Effectifs en place
Kamouraska	83,24 %	26	84,42 %	26	86,76 %	26	85,86 %	26	87,71 %	26	91,13 %	26
Rivière-du-Loup	81,39 %	38	79,60 %	39	86,35 %	40	90,18 %	41	94,00 %	42	90,28 %	40
Témiscouata	81,39 %	29	82,41 %	30	87,26 %	29	90,24 %	31	92,34 %	29	88,43 %	29
Les Basques	81,49 %	14	86,03 %	15	87,76 %	15	92,60 %	16	93,47 %	13	93,23 %	13
Rimouski-Neigette	72,49 %	73	73,57 %	76	76,72 %	74	81,13 %	79	88,29 %	81	89,16 %	77
La Mitis	77,17 %	25	79,14 %	26	81,21 %	26	85,79 %	26	86,29 %	23	85,46 %	23
La Matapédia	77,03 %	21	81,53 %	22	82,44 %	23	82,77 %	23	88,75 %	23	90,17 %	24
La Matanie	81,91 %	24	81,89 %	24	84,43 %	26	89,13 %	26	87,87 %	28	89,16 %	27
Bas-Saint-Laurent	78,38 %	250	79,40 %	258	82,79 %	259	86,06 %	268	89,66 %	265	89,42 %	259

ANNEXE 6 - Évolution du taux d'assiduité par GMF

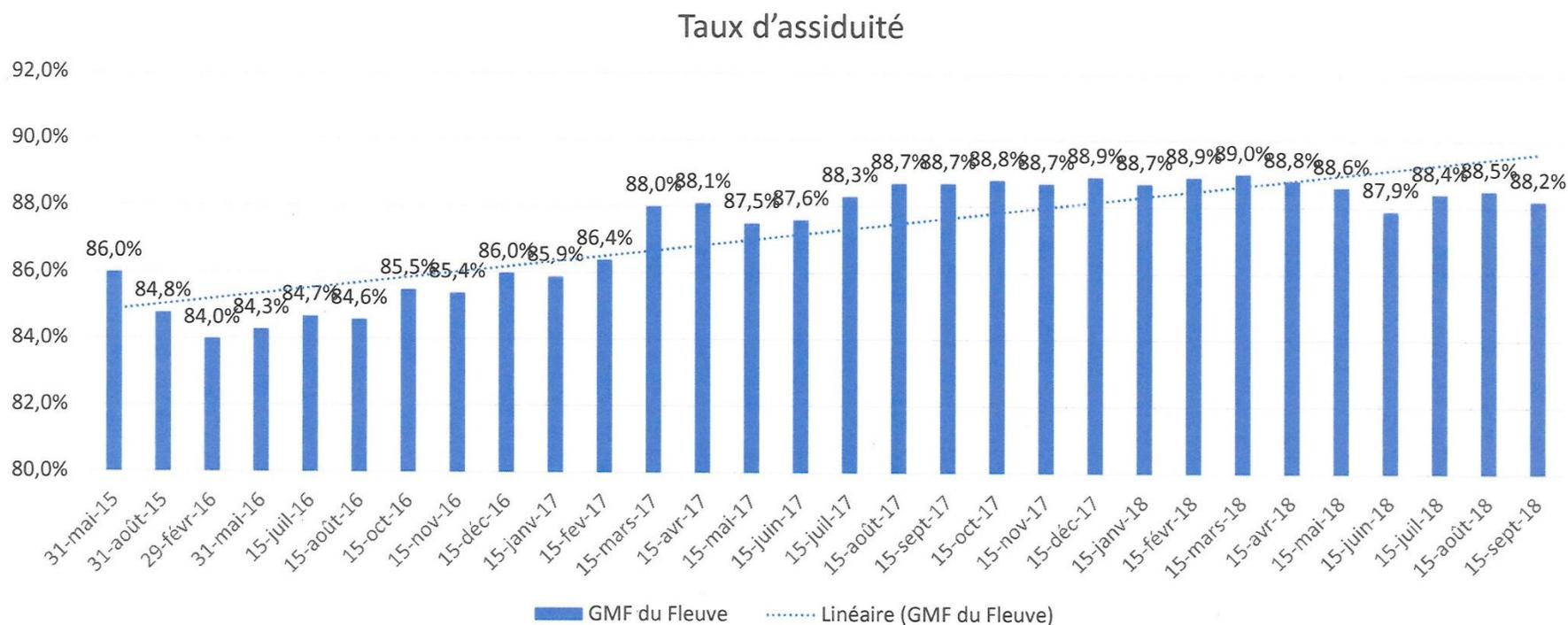
Suivi du taux d'assiduité des GMF du Bas-Saint-Laurent Septembre 2018



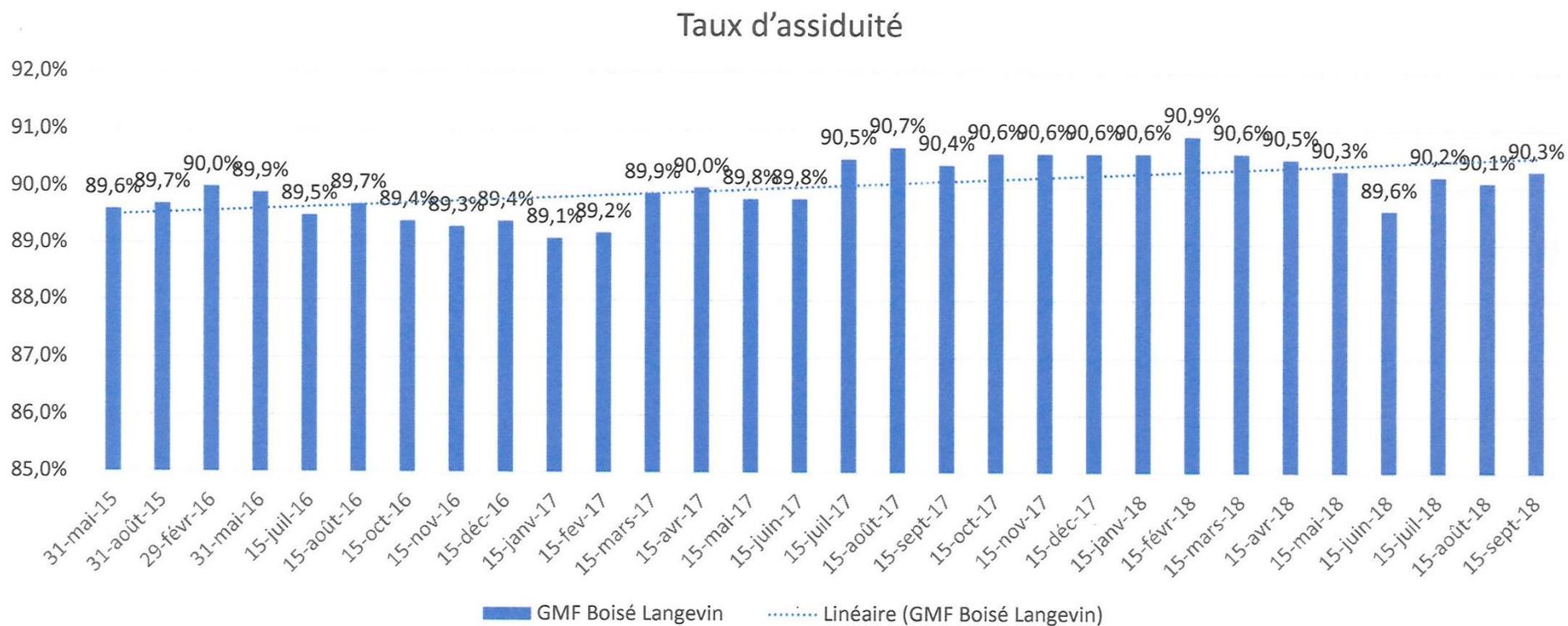
Taux d'assiduité GMF Arthur-Buies



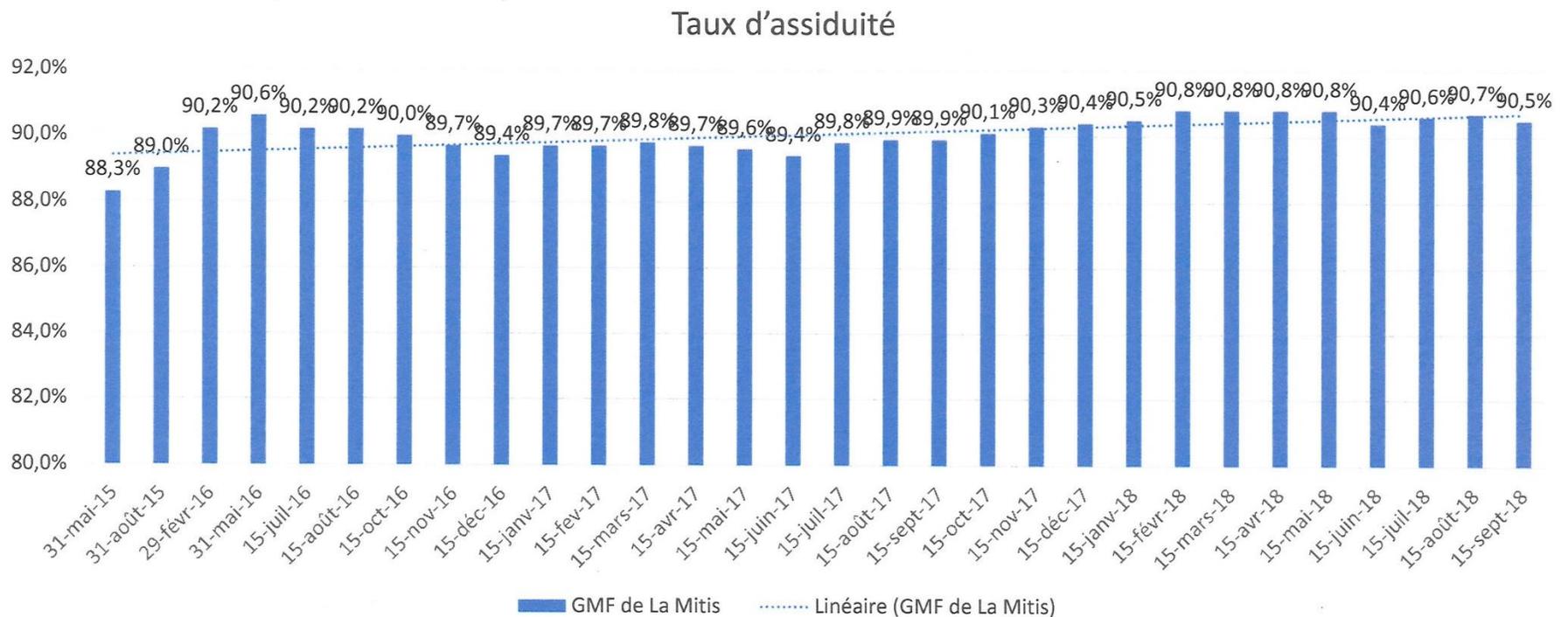
Taux d'assiduité GMF du Fleuve



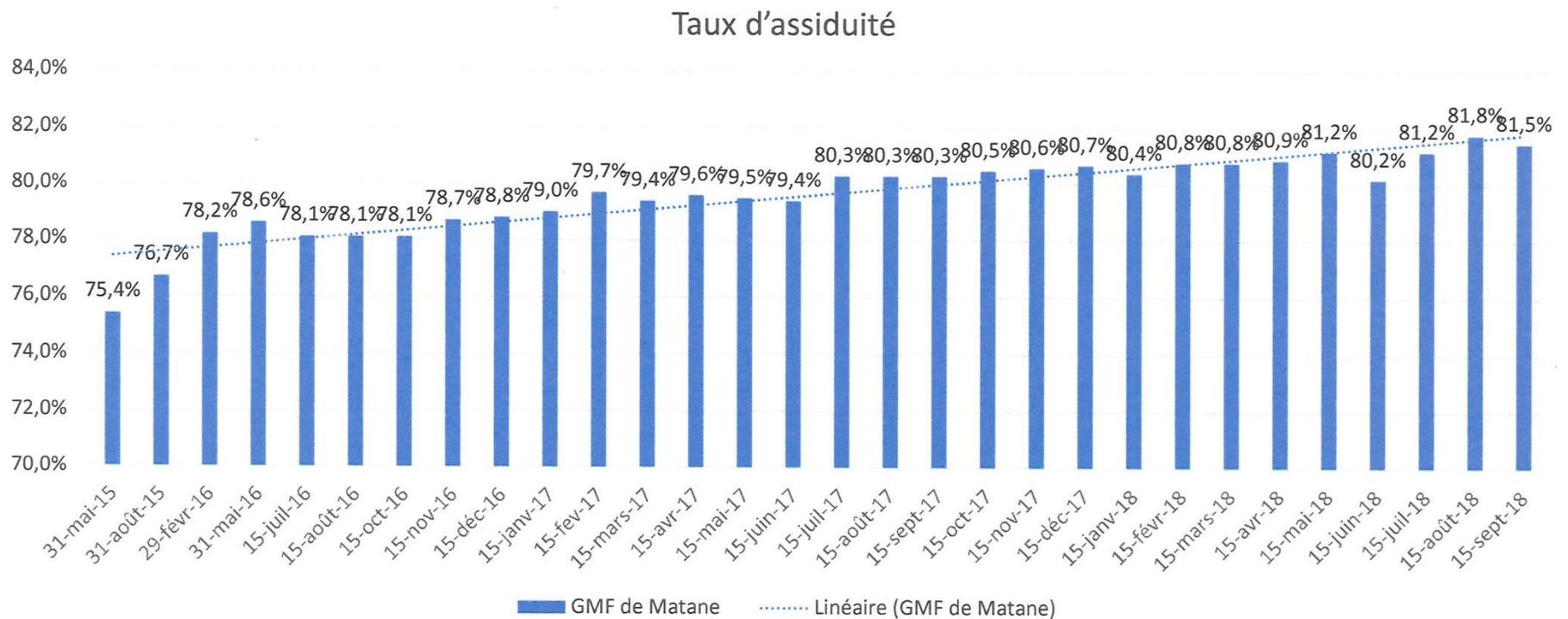
Taux d'assiduité GMF Boisé Langevin



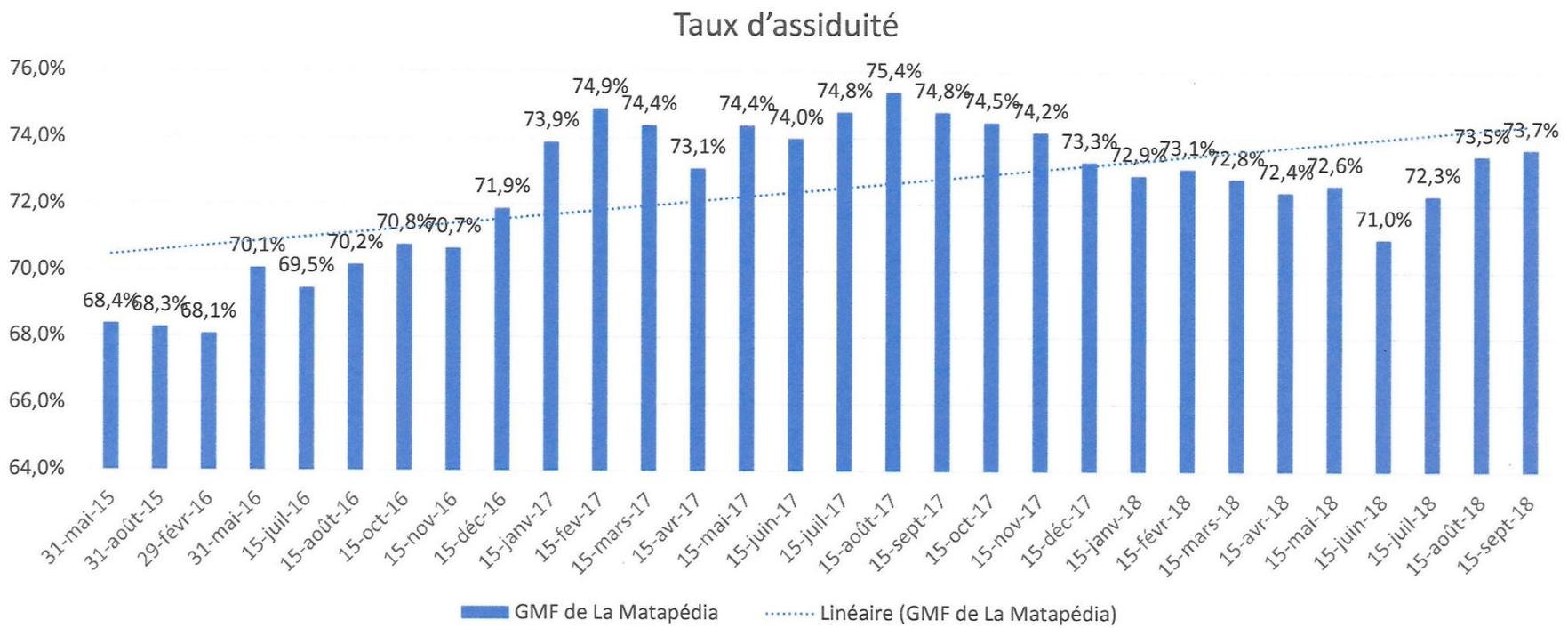
Taux d'assiduité GMF de La Mitis



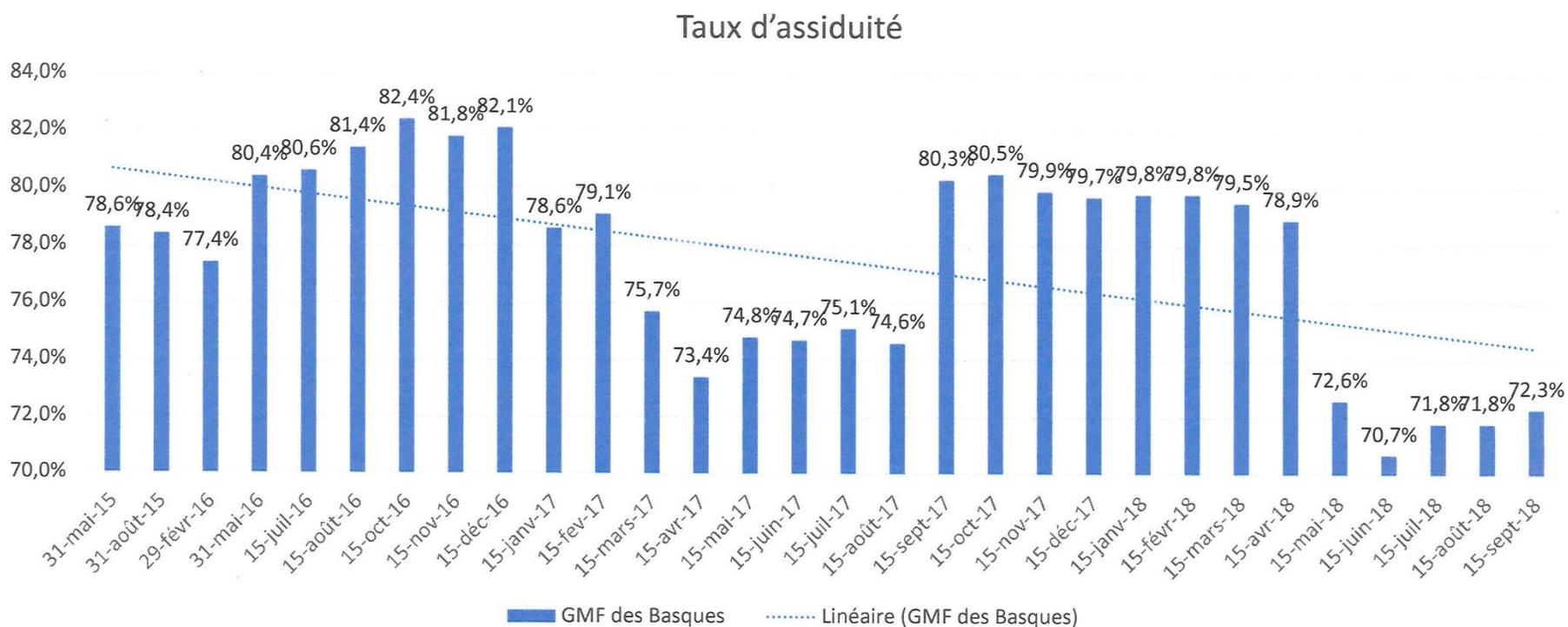
Taux d'assiduité GMF de Matane



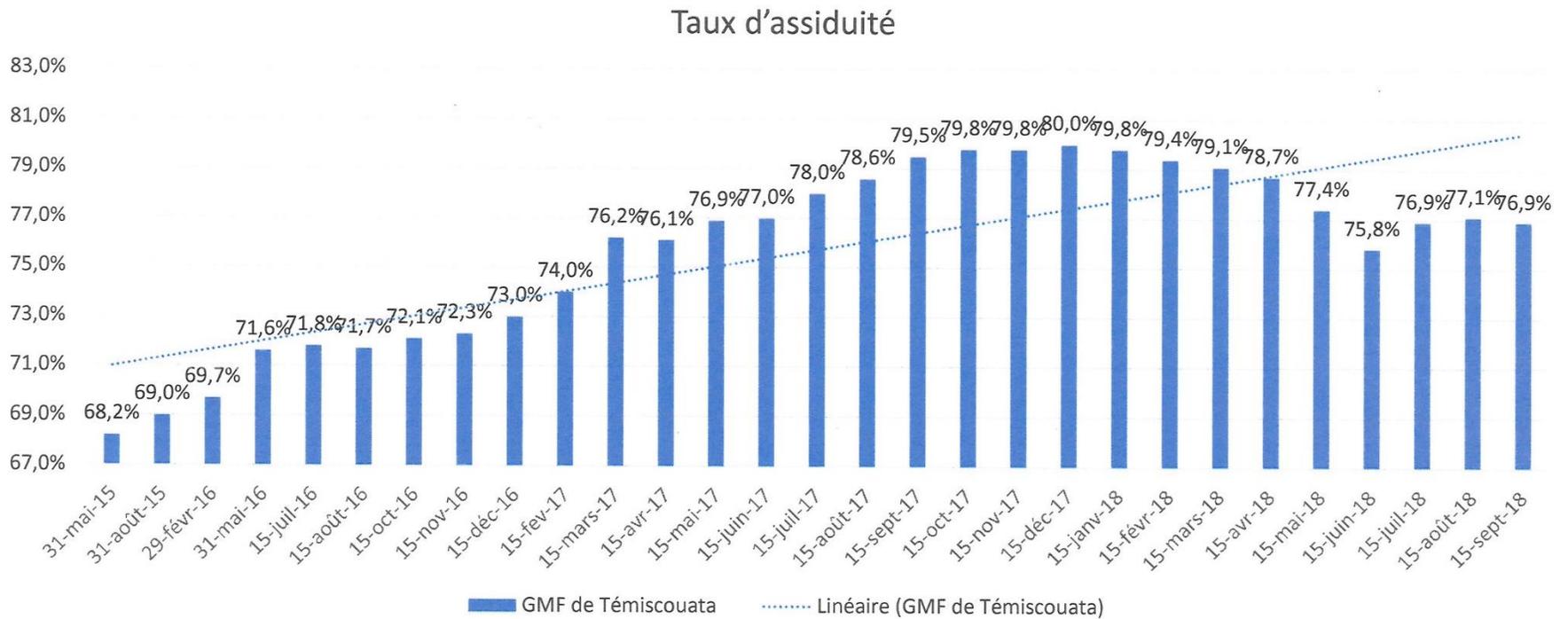
Taux d'assiduité GMF de La Matapédia



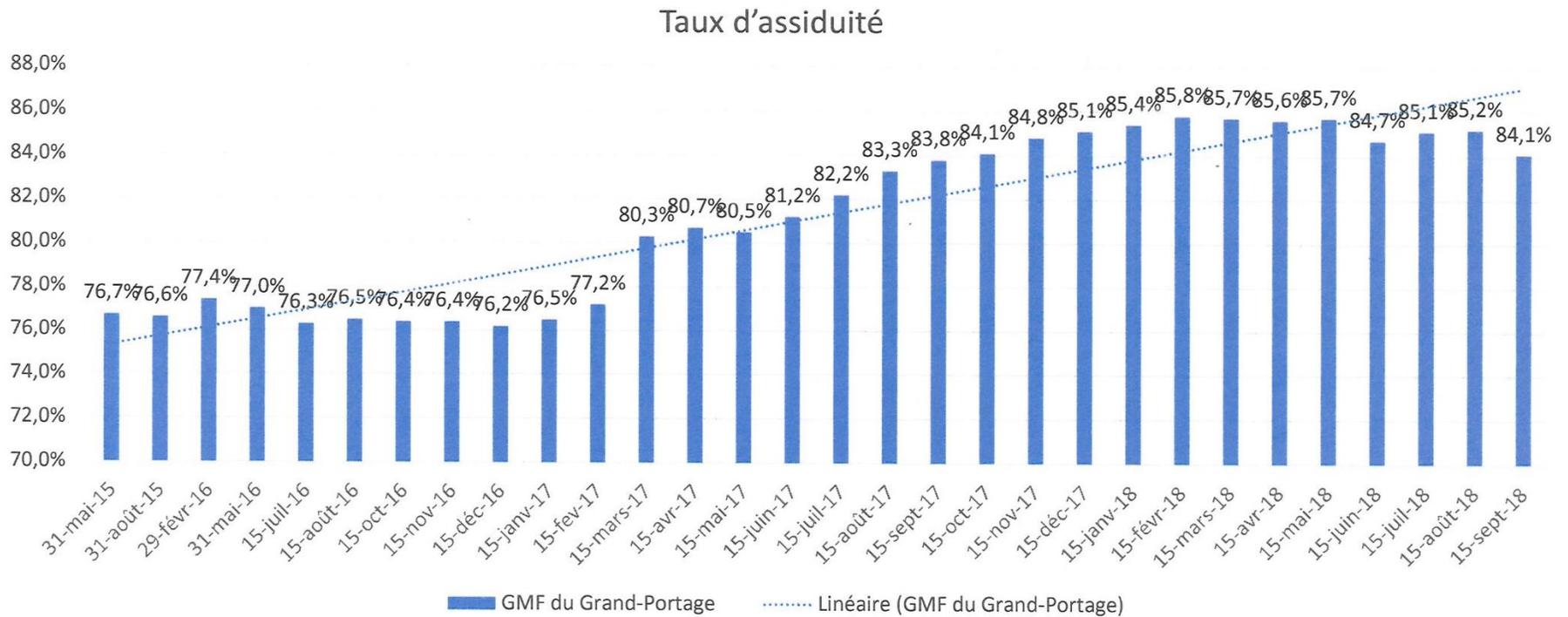
Taux d'assiduité GMF des Basques



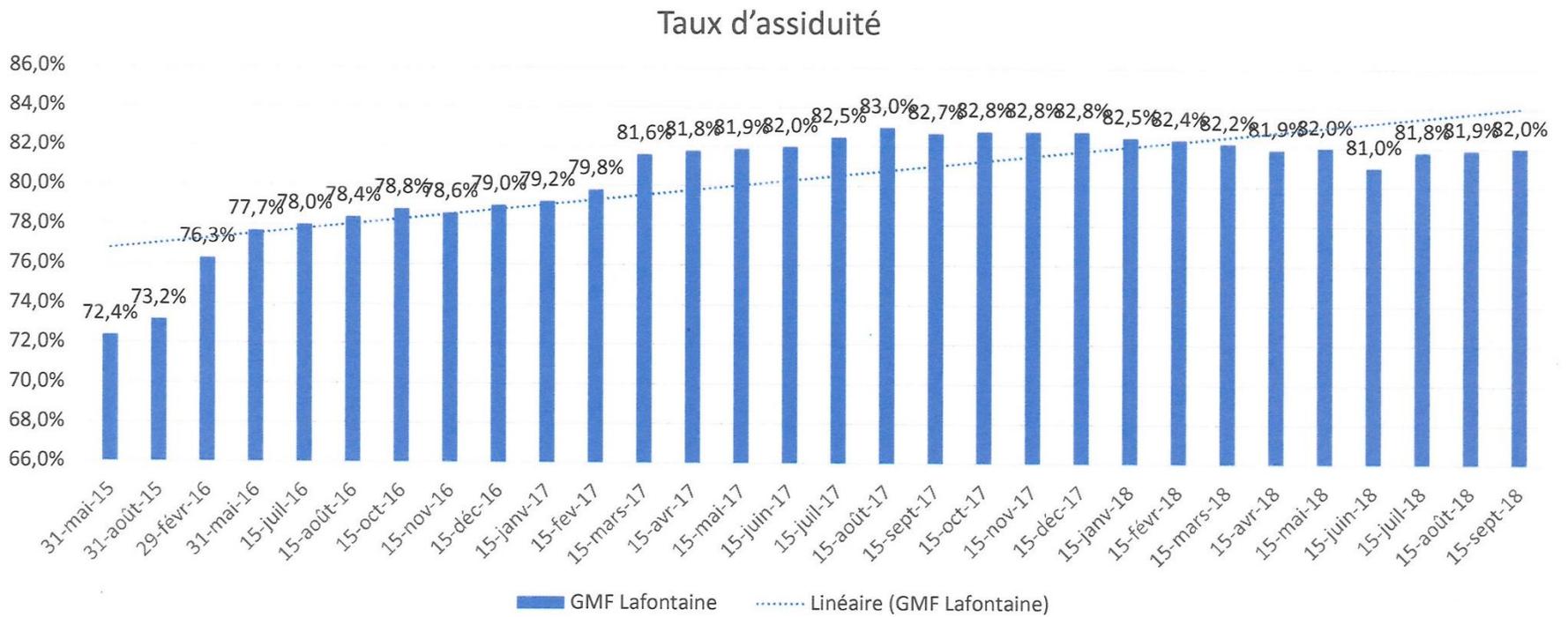
Taux d'assiduité GMF Témiscouata



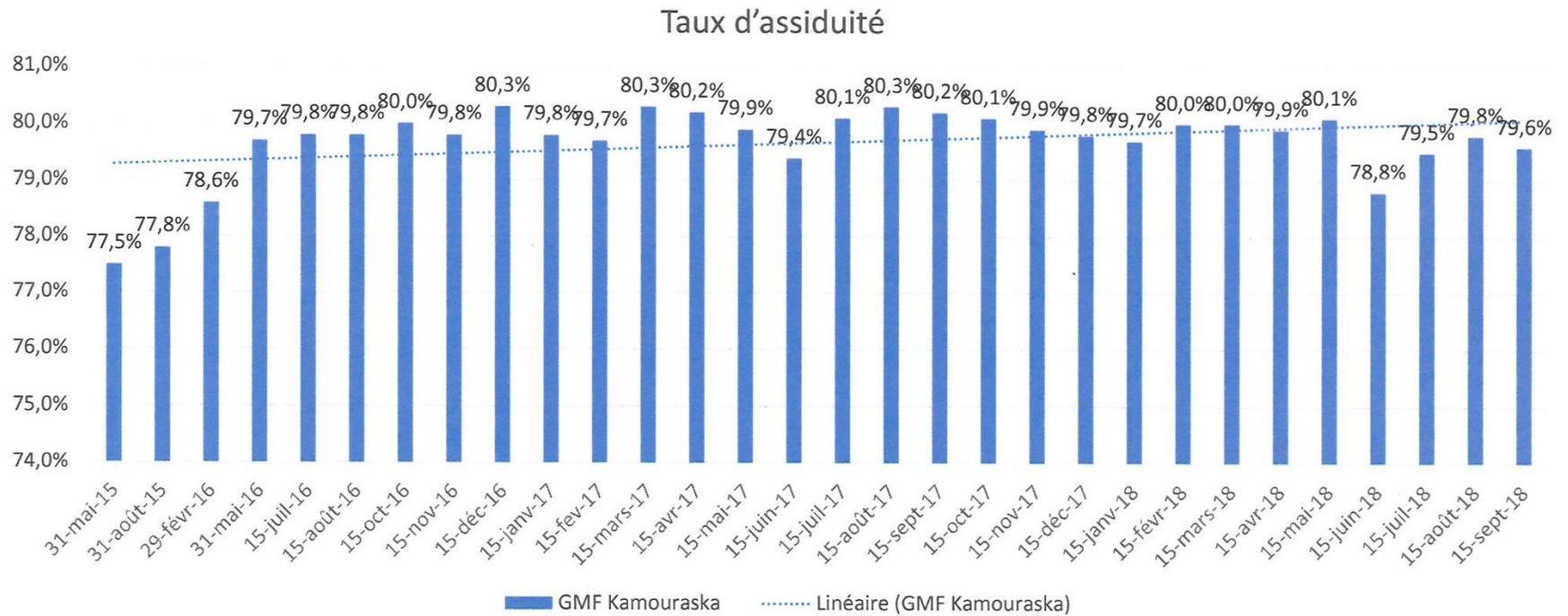
Taux d'assiduité GMF Grand-Portage



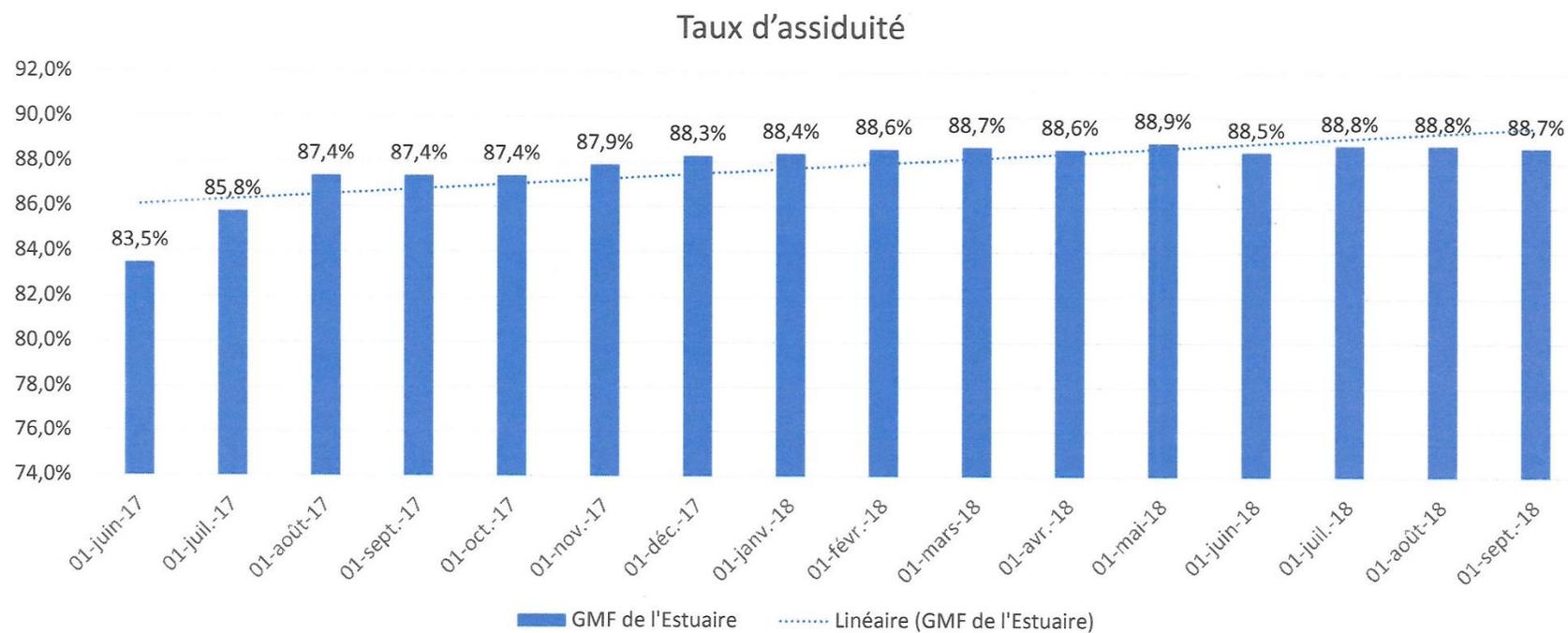
Taux d'assiduité GMF Lafontaine



Taux d'assiduité GMF Kamouraska



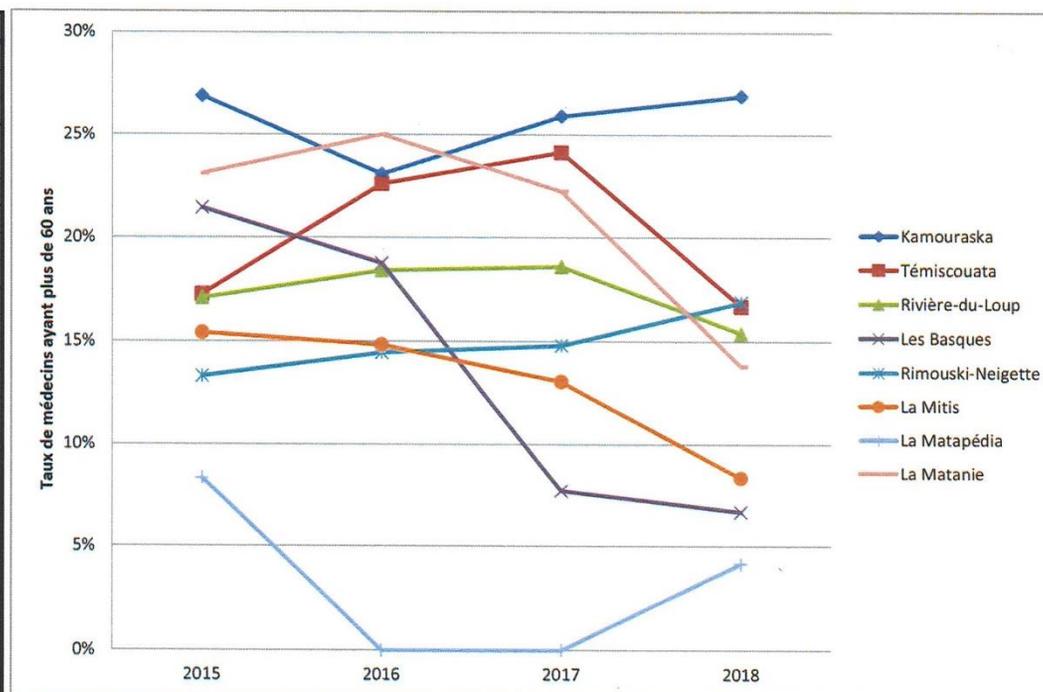
Taux d'assiduité GMF de l'Estuaire



ANNEXE 7 – Évolution des effectifs médicaux

Annexe 7: Évolution des effectifs médicaux

RLS	Effectifs	2015	2016	2017	2018
Kamouraska	Taux de >60 ans	27%	23%	26%	27%
	60 ans et plus	7	6	7	7
	total médecins	26	26	27	26
Témiscouata	Taux de >60 ans	17%	23%	24%	17%
	60 ans et plus	5	7	7	5
	total médecins	29	31	29	30
Rivière-du-Loup	Taux de >60 ans	17%	18%	19%	15%
	60 ans et plus	7	7	8	6
	total médecins	41	38	43	39
Les Basques	Taux de >60 ans	21%	19%	8%	7%
	60 ans et plus	3	3	1	1
	total médecins	14	16	13	15
Rimouski-Neigette	Taux de >60 ans	13%	14%	15%	17%
	60 ans et plus	10	11	12	13
	total médecins	75	76	81	77
La Mitis	Taux de >60 ans	15%	15%	13%	8%
	60 ans et plus	4	4	3	2
	total médecins	26	27	23	24
La Matapédia	Taux de >60 ans	8%	0%	0%	4%
	60 ans et plus	2	0	0	1
	total médecins	24	24	22	24
La Matanie	Taux de >60 ans	23%	25%	22%	14%
	60 ans et plus	6	6	6	4
	total médecins	26	24	27	29



ANNEXE 8 – Indice de prise en charge

Annexe 8: Indice de prise en charge

RLS	Dates	2017-03-31	2017-04-28	2017-05-31	2017-06-26	2017-08-22	2017-09-18	2017-10-19	2017-11-14	2018-01-08	2018-02-02	2018-03-06	2018-04-30	2018-05-29	2018-06-26	2018-07-27	2018-08-20	2018-09-14	2018-10-17	exclue les médecins sans PEC
Kamouraska	GAMF	659	666	614	610	1115	947	836	756	635	570	522	444	427	397	403	418	446	425	425
	Effectifs	26	26	26	25	25	27	27	27	27	25	25	25	25	25	25	26	26	26	24
	Indice PEC	25.3	25.6	23.6	24.4	44.6	35.1	31.0	28.0	23.5	22.8	20.9	17.8	17.1	15.9	16.1	16.1	17.2	16.3	17.7
Matapédia	GAMF	694	602	514	446	397	434	396	416	411	412	424	429	416	400	417	331	397	404	404
	Effectifs	23	23	23	23	22	22	23	23	23	23	23	23	23	23	24	24	24	24	21
	Indice PEC	30.2	26.2	22.3	19.4	18.0	19.7	17.2	18.1	17.9	17.9	18.4	18.7	18.1	17.4	17.4	13.8	16.5	16.8	19.2
Mitis	GAMF	1024	1008	977	940	906	984	1041	1165	971	945	960	1042	1088	1124	1175	1158	1230	1203	1203
	Effectifs*	22	22	22	22	22	22	22	22	22	19	19	19	19	19	21	21	21	23	19
	Indice PEC	46.5	45.8	44.4	42.7	41.2	44.7	47.3	53.0	44.1	49.7	50.5	54.8	57.3	59.2	56.0	55.1	58.6	52.3	61.3
Matane	GAMF	418	433	548	592	588	630	1337	1393	1235	1156	1218	1600	1476	1334	1284	1017	1125	1002	1002
	Effectifs	25	25	25	25	24	27	27	27	28	27	26	26	27	27	27	27	29	29	25
	Indice PEC	16.7	17.3	21.9	23.7	24.5	23.3	49.5	51.6	44.1	42.8	46.8	61.5	54.7	49.4	47.6	37.7	38.8	34.6	40.1
Rimouski	GAMF	2875	2774	2528	2354	2094	1981	1797	1687	1632	1550	1280	1305	1604	1675	2043	2355	2643	2890	2890
	Effectifs*	76	76	76	76	76	77	77	76	76	75	75	75	76	76	75	75	74	73	63
	Indice PEC	37.8	36.5	33.3	31.0	27.6	25.7	23.3	22.2	21.5	20.7	17.1	17.4	21.1	22.0	27.2	31.4	35.7	39.6	45.9
Rivière-du-Loup	GAMF	394	349	287	273	213	179	171	167	140	143	177	314	539	577	684	808	1076	1150	1150
	Effectifs*	40	40	40	40	42	42	42	42	42	40	40	40	40	40	38	38	38	38	33
	Indice PEC	9.9	8.7	7.2	6.8	5.1	4.3	4.1	4.0	3.3	3.6	4.4	7.9	13.5	14.4	18.0	21.3	28.3	30.3	34.8
Témiscouata	GAMF	74	57	59	77	274	244	217	182	161	151	137	142	154	164	217	169	753	444	444
	Effectifs	31	31	31	31	29	29	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	31	30	28
	Indice PEC	2.4	1.8	1.9	2.5	9.4	8.4	7.5	6.3	5.6	5.4	4.9	5.1	5.5	5.9	7.8	6.0	24.3	14.8	15.9
Basques	GAMF	33	36	27	25	12	9	12	19	21	41	48	46	63	82	112	83	134	149	149
	Effectifs*	15	14	13	13	12	12	12	12	12	11	11	11	11	11	11	12	14	14	14
	Indice PEC	2.2	2.6	2.1	1.9	1.0	0.8	1.0	1.6	1.8	3.7	4.4	4.2	5.7	7.5	10.2	6.9	9.6	10.6	10.6
Bas-Saint-Laurent	GAMF	6171	5925	5554	5317	5599	5408	5807	5785	5206	4968	4766	5322	5767	5753	6335	6339	7798	7667	7667
	Effectifs	258	257	256	255	252	258	259	258	259	248	247	247	249	249	249	251	257	257	227
	Indice PEC	23.9	23.1	21.7	20.9	22.2	21.0	22.4	22.4	20.1	20.0	19.3	21.5	23.2	23.1	25.4	25.3	30.3	29.8	33.8

* Effectifs excluant les médecins ayant une tâche complète régionale

Indice de prise en charge (PEC): patients au GAMF / nombre de médecins en place

ANNEXE 9 – Modèle d’outil de soutien

Tableau des effectifs
Mise à jour 2018-10-23

	Effectifs réels année courante						Projection des effectifs confirmés au 2019-06-30 AVEC les PREM 2017 et 2018 confirmés					Projection des effectifs au 2019-06-30 si tous les postes PREM 2018-2019 étaient octroyés					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11A	11B	12	13	14	15	16
Réseau local de services (RLS)	Besoins estimés régionalement (sans tâches régionales) ² 2018-09-06	Médecins installés réels 2017-12-31 (excluant pratiques minimales et médecins régionaux)	Arrivées effectifs 2018-01-01 au 2018-10-23	Départs effectifs 2018-01-01 au 2018-10-23	Médecins régionaux (à titre indicatif)	Pratique minimale au 2018-10-23	Médecins installés 2018-10-23	Arrivées confirmées à venir d'ici 2019-06-30	Départs confirmés à venir d'ici 2019-06-30	Effectifs prévus au 2019-06-30	Écart au besoin 2019-06-30	Indice d'équité au 30 juin 2019	Répartition PREM 2018 à octroyer avant le 30 novembre 2018	Projection répartition PREM 2019 DRMG (non-confirmé)	Effectifs prévus au 2019-06-30 sans les médecins "régionaux" avec les PREM	Nouvel écart au besoin 2019-06-30	Indice d'équité au 2019-06-30
							2+3-4			7+8-9	10-1	(10/1)100			10+12+13	14-1	(14/1)100
Kamouraska	33.4	26	2	2		1	26			26	-7.4	78%	0	2	28	-5.4	84%
Témiscouata	38.6	28	3	1			30		2	28	-10.6	72%	0	4	32	-6.6	83%
Rivière-du-Loup	46.0	41		3	1		38	1	1	38	-8.0	83%	1	1	40	-6.0	87%
Les Basques	20.1	11	3	0	1		14			14	-6.1	70%	1	2	17	-3.1	85%
Rimouski-Neigette	76.2	76	1	4	4		73		5	68	-8.2	89%	0	2	70	-6.2	92%
La Mitis	27.2	21	4	2	1		23		3	20	-7.2	74%	0	4	24	-3.2	88%
La Matapédia ¹	31.3	23	2	1		1	24			24	-7.3	77%	2	1	27	-4.3	86%
La Matanie	36.2	28	3	2			29			29	-7.2	80%	1	1	31	-5.2	86%
TOTAL	308.9	254	18	15	7	2	257	1	11	247	-61.9	80%	5	17	269	-39.9	87%

¹ Pratique minimale au 23 octobre 2018 : Dr Philippe Landry (Matapédia) et Dr Guy Desgreniers (Kamouraska)

² 4,1 ETP régionaux soustraits du besoin estimé (colonne 1) et soustraction de 7 effectifs prévus au 2018-06-30 (1 RDL, 4 Rimouski, 1 Basques, 1 La Mitis).

Informations diverses
DRMG 23 octobre 2018

	Bas-Saint-Laurent	Kamouraska	Témiscouata	Rivière-du-Loup	Les Basques	Rimouski-Neigette	La Mitis	La Matapédia	La Matanie
Md de 60 ans et plus	38	7	5	5	1	12	3	1	4
Md de 65 ans et plus	19	4	2	2	1	4	2	0	4
Nombre md tous les âges*	257	26	30	38	14	73	23	24	29
% md 60 ans et plus	15%	27%	17%	13%	7%	16%	13%	4%	14%
Médecins 30 ans et plus de pratique et plus petit que 60 ans	22	0	4	3	0	7	1	2	5
Nb usagers inscrits en date 2018-08-23 à un md de 65 ans et plus et n'ayant pas un départ confirmé	16 019	4 975	2 283	2 661	685	1 000	0	0	4 415
Nb usagers inscrits en date 2018-08-23 à un md ayant départ prévu entre le 2018-09-17 et 2019-06-30	10 649	0	587	1 920	0	6 584	1 558	0	0
GAMF en date du 2018-10-09	7 922	444	493	1 146	145	2 864	1 213	404	1 213

* Excluant les médecins régionaux ou en pratique minimale

ANNEXE 10 – Évolution du nombre de personnes sur le GAMF

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES SUR LE GAMF

RLS	2017-03-31	2017-04-28	2017-05-31	2017-06-26	2017-08-22	2017-09-18	2017-10-19	2017-11-14	2018-01-08	2018-02-02	2018-03-06	2018-04-30	2018-05-29	2018-06-26	2018-07-27	2018-08-20	2018-09-14
Kamouraska	659	666	614	610	1115	947	836	756	635	570	522	444	427	397	403	418	446
Matapédia	694	602	514	446	397	434	396	416	411	412	424	429	416	400	417	331	397
Mitis	1024	1008	977	940	906	984	1041	1165	971	945	960	1042	1088	1124	1175	1158	1230
Matane	418	433	548	592	588	630	1337	1393	1235	1156	1218	1600	1476	1334	1284	1017	1125
Rimouski	2875	2774	2528	2354	2094	1981	1797	1687	1632	1550	1280	1305	1604	1675	2043	2355	2643
Rivière-du-Loup	394	349	287	273	213	179	171	167	140	143	177	314	539	577	684	808	1076
Témiscouata	74	57	59	77	274	244	217	182	161	151	137	142	154	164	217	169	753
Basques	33	36	27	25	12	9	12	19	21	41	48	46	63	82	112	83	134
Bas-Saint-Laurent	6171	5925	5554	5317	5599	5408	5807	5785	5206	4968	4766	5322	5767	5753	6335	6339	7798

ANNEXE 11 – AMP disponibles

Activités médicales particulières (AMP) disponibles au Bas-Saint-Laurent

En date du 10 avril 2018

Réseau local de services	AMP disponibles
Kamouraska	AMP prise en charge AMP mixte : 6 h urgence/prise en charge
Témiscouata	AMP mixte : 6 h urgence/prise en charge AMP mixte : 6 h CHSLD/prise en charge AMP prise en charge
Rivière-du-Loup	AMP prise en charge
Les Basques	AMP urgence (12 h) AMP prise en charge
Rimouski-Neigette	AMP prise en charge
La Mitis	AMP mixte : 6 h urgence/prise en charge
La Matapédia	AMP mixte : 6 h urgence/prise en charge AMP urgence (12 h)
La Matanie	AMP mixte : 6 h urgence/prise en charge AMP prise en charge AMP urgence (12 h)

